

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

Escuela de Post Grado



ESPECIALISTA EN CIENCIAS DE LA SALUD



**FRECUENCIA DE CESAREAS EN EL HOSPITAL” ERNESTO
GERMAN GUZMAN GONZALES”NIVEL II-1 DE
OXAPAMPA-PASCO AÑO 2014**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA
MONITOREO FETAL Y ECOGRAAFÍA OBSTETRICA**

**PRESENTADO POR:
DURAND PUENTE LUCIA MARIA**

**DOCENTE ASESOR:
DR: MILWARD UBILLUS TRUJILLO**

**Huánuco – Perú
Agosto - 2017**

INDICE:

| | |
|--|----------|
| Caratula..... | pág. 1 |
| Índice..... | pág. 2 |
| Agradecimiento..... | Pág. 3 |
| Dedicatoria..... | Pág. 4 |
| Resumen..... | Pág. 5 |
| Resumen en INGLES..... | Pág. 6 |
| Introducción..... | Pág. 8 |
| 1. INTRODUCCION: | |
| 1.1 Planteamiento del problema (explicación y caracterización)..... | Pág. 10 |
| 1.2 Formulación del problema y alternativas o planteamientos..... | Pág11 |
| 1.3 Trascendencia histórica, técnica y académica (justificación y trascendencia..... | pag12 |
| 1.4 Si es doctoral, esbozar el aporte doctoral..... | Pág. 14 |
| 1.5 Antecedentes inmediatos (tesis, artículos, conferencias etc.)..... | Pág. 16 |
| 1.6 Objetivos..... | Pág. 18 |
| 2. REFERENCIA TEORICA O CONCEPTUAL SOBRE FRECUENCIA DE CESAREAS | |
| 2.1 Antecedentes históricos..... | Pág. 19 |
| 2.2 Aspectos conceptuales o doctrinarios (para cada variable)..... | Pág. 20 |
| 2.3 Base teórica o teoría en la que se sustenta (teorías, modelos, paradigmas..... | peg27 |
| 2.4 Definiciones operacionales (palabras claves nomas de 5)..... | .Pág. 27 |
| 3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN | |
| 3.1 Método y nivel de investigación..... | Pág. 28 |
| 3.2 Sistema de hipótesis, variables (operativización y esquema de diseño)..... | pág. 29 |
| 3.3 Técnicas e instrumentos..... | Pág.31 |
| 3.4 Cobertura de la investigación (población y muestra)..... | Pág. 31 |
| 4. RESULTADOS | |
| 4.1 Presentación de resultados en concordancia con las variables y objetivos..... | pag32 |

4.2 Análisis y organización de datos, dividido en sub capítulos o contenidos

Desagregados, de acuerdo a las variables e indicadores que fundamenta la tesis.....pag33

5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1 Verificación o contrastación de la hipótesis, objetivos y problema en coherencia...pág. 45

5.2 Nuevos planteamientos..... Pág. 12

5.3 Si es doctoral (fundamentos del nuevo aporte de carácter científico-epistemológico.

..... Pág. 13

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....Pág. 47

7. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....Pág. 50

Apéndices y Anexos..... Pág. 52

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer primeramente a Dios por permitir darme la vida.

Agradezco a mis maestros que han logrado inculcar los conocimientos básicos de la salud reproductiva.

Agradezco a mi asesor Dr. Milward Ubillus Trujillo por aceptar realizar esta tesis y por sus conocimientos como investigador.

Un agradecimiento muy especial a la Sra. Irma Palacios Zevallos Y Sra. Julia Palacios Zevallos por su apoyo incondicional por guiar mis ideas y efectivizar la conclusión de esta tesis.

DEDICATORIA

A Dios por permitirme llegar a este momento.

A mis padres por su apoyo incondicional de quien herede la convicción y fuerza para conseguir mis metas.

A mis hijas Wendy y Anyi que son mi razón de continuar superándome cada día.

A mi esposo por su apoyo incondicional y sincero.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia de cesáreas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa –Pasco en el periodo 2014.

Material y Método: Para el presente Tesis se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal de diseño cuantitativo, en el Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 en el año 2014. La población está constituida por 146 pacientes que han sido cesáreas durante ese periodo.

La información fue recolectada principalmente de libro de cesáreas de sala de Operaciones de las Historias clínicas respectivas, así como del libro de registros que se encuentran en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales “Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco.

Resultados: La frecuencia de cesárea en el hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco. Se analizaron las 146 Historias Clínicas se encontró 91.1% de pacientes que tenían de 18 a 47 años. El 34.9% han sido nulíparas, el 34.9% han sido pacientes que no han sido intervenido quirúrgicamente para cesárea. El 81.5% se encuentra entre las 37 a 40 semanas de gestación. 11.4% tuvo cesáreas de tipo electiva. Las indicaciones principales fueron: Antecedentes Quirúrgicos 34.9% HIE, preclamsia 16.4% pélvicas (Desproporción céfalo pélvica, pelvis estrecha y macrosomia fetal) 8.2% periodo intergenesico corto 14.4%, antecedentes quirúrgicos por segunda vez 10.3%, periodo intergenesico largo 5.5% sufrimiento fetal 4.8%, distocia funicular 2%, embarazo gemelar 1.4%, placenta previa 1.4% y condilomatosis vulvar 0.7%.

Conclusiones: La frecuencia de cesáreas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco durante el periodo 2014 fue el 24.5% respecto al total de nacimientos registrados durante ese año, encontrándose un aumento en el año 2011 con el 37,8% de ese porcentaje de cesáreas el 17.8% es Emergencia y 20% fue electivas.

SUMMARY

Objective: To determine the frequency of cesarean sections in the Hospital "Ernesto German Guzmán Gonzales" Level II-1 of Oxapampa -Pasco in the period 2014.

Material and Method: For the present thesis, a descriptive, retrospective, cross-sectional, quantitative design study was conducted at Ernesto German Guzmán Gonzales Hospital "Level II-1 in 2014. The population is made up of 146 patients who have been cesarean during Period. The information was collected mainly from the cesarean operating room book of the respective clinical histories, as well as from the book of records found in the Gineco-obstetrics service of the Hospital "Ernesto German Guzmán Gonzales" Level II-1 of Oxapampa- Pasco.

Results: The frequency of cesarean section in the hospital "Ernesto German Guzmán Gonzales" Level II-1 of Oxapampa-Pasco. We analyzed the 146 Clinical Histories found 91.1% of patients who were between 18 and 47 years old. 34.9% have been nulliparous, 34.9% have been patients who have not undergone surgery for cesarean section. 81.5% are between 37 and 40 weeks of gestation. 11.4% had elective caesarean sections. The main indications were: Chronic Antecedents 34.9% HIE, preclams 16.4% pelvic (pelvic cephalic disproportion, narrow pelvis and fetal macrosomia) 8.2% short intergenetic period 14.4%, second surgical history 10.3%, long intergenesic period 5.5% fetal distress 4.8 %, Funicular dystocia 2%, twin pregnancy 1.4%, placenta previa 1.4% and vulgar condylomatosis 0.7%.

Conclusions: The frequency of cesarean sections at Hospital Ernesto German Guzman Gonzales Level II-1 of Oxapampa-Pasco during the period 2014 was 24.5% with respect to the total number of births registered during that year, with an increase in 2011 37.8% of that cesarean section was 17.8% Emergency and 20% were elective.

1. INTRODUCCIÓN

La palabra Cesárea viene del latín *Caedere* que es cortar, es una intervención quirúrgica mediante el cual se extrae el producto de la concepción mayor de 22 semanas, a través de una incisión en la pared abdominal denominado laparotomía y de la pared uterina. Histerectomía, cuando existen indicaciones fetales y/o maternas que contraindican la vía vaginal, evitando los riesgos y complicaciones Maternos Fetales (17)

Clasificación:

Cesárea electiva: es una indicación determinada durante el control prenatal y da tiempo para programar la cirugía en las mejores condiciones (18).

Cesárea de Emergencia: Aquella que se realiza de manera imprevista por la presencia de una patología que obliga la culminación del embarazo en la brevedad posible, pero respetando los requisitos para su ingreso a la sala de operación (18)

Cesárea Urgencia: Cirugía de realización inmediata por la presencia de una patología de aparición inmediata por la presencia de una patología de aparición súbita que obliga la culminación del embarazo, que no permite realizar exámenes mínimos, completar la Historia clínica ni realizar otros trámites obligando un despliegue ágil de todo el personal alrededor del paciente.(18)..

Indicaciones: Incapacidad de parto vaginal, desproporción feto-fetal, anomalías del feto, asimetría pélvica, deflexiones persistentes, asinclitismo persistente, tumor o malformación fetal, onfalocelo, gastroquisis, espina bífida, hidrocefalia, distocias de contracción, presentación fetal inadecuada situación transversa, presentación pelviana en nulípara, primer feto de embarazo múltiple, variedad de pies, cicatriz uterina previa, peso menor de 1500 gramos o edad menor de 32 semanas, presentación compuesta, falla de la prueba de trabajo de parto, inducción fallida, acentuación fallida, **trastornos mentales:** psicosis, retardo mental, trastorno mental pérdida parcial o total de conciencia y otros relacionados **riesgo materno:** hemorragia del tercer trimestre, desprendimiento prematuro de placenta con sufrimiento fetal, placenta previa, cicatriz uterina previa, riesgo de ruptura uterina corporal o segmentaria transversa, iterativa más de dos veces, cicatriz con antigüedad menor de 18 meses, pre-eclampsia severa eclampsia, pre-eclampsia severa con compromiso de órganos blandos, refractaria al tratamiento, sin condiciones favorables para inducir parto vaginal, **eclampsia**, insuficiencia cardíaca y Respiratorias, **enfermedad oftálmica:** miopía mayor dioptrías, antecedentes de desprendimiento de retina, **otras causas:** embarazo múltiple mayor de dos fetos, tumor previo, cáncer invasivo de cérvix, miomas, antecedente de

plastia vaginal, por riesgo fetal por alteración hipóxico isquémica, insuficiencia placentaria y sufrimiento fetal agudo. **Infecciones:** Herpes genital activo, ruptura prematura de membranas, HIV, condilomatosis vulvar, cervical o vaginal obstructiva (19).

Es importante tener presente que la evolución de las técnicas y materiales quirúrgicos han hecho de este procedimiento gineco-obstétrico una de las cirugías más realizadas en el mundo. Su implementación ha permitido mejorar el pronóstico de patologías que antes representaban una causa importante de morbilidad y mortalidad materna y perinatal tales como las distocias, hemorragias del tercer trimestre, el bajo peso al nacer y la pre eclampsia, entre otras patologías gineco-obstétricas. 9 La cesárea es la cirugía mayor más frecuente que se realiza en los Estados Unidos. En este país, la tasa de cesáreas aumentó de alrededor del 5% en 1970 al 24% aproximadamente en 2001. Desde junio de 1997 hasta mayo de 1999, en un área urbana de la India, la tasa total de cesáreas en consultorios de los sectores público, privado y de caridad fueron el 20%, 38% y 47% respectivamente América Latina cuenta con los índices más altos de partos por cesárea. El índice de cesáreas (IC) fluctúa entre 20 y 25% en hospitales públicos y es mayor al 50% en las instituciones médicas privadas. La Organización Mundial de Salud (OMS) señala que el índice de cesáreas a nivel poblacional no debe ser superior al 15%, y concluyó estadísticamente que no existen beneficios adicionales para la salud por encima de este porcentaje pero esto va aumentando en los últimos años según el centro hospitalario, factores como la reducción en la paridad (aumento de nulíparas), postergación de la maternidad (aumento de primigestas añosas), el uso de pruebas de vigilancia del bienestar fetal, alto riesgo médico-legal, factores socioeconómicos y culturales como la preferencia social y el tipo de aseguramiento. Según la Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive, documento redactado por el Ministerio de Salud en el año 2007, la frecuencia de cesáreas en el Perú es de 15 %. Por último hay que tener presente que a pesar de la alta frecuencia con la que se practica, la cesárea no es un procedimiento inocuo. Se calcula que su morbilidad es 20 veces superior si se la compara con las cifras propias del parto vaginal. Por lo tanto, resulta de gran importancia la indicación adecuada de tal procedimiento, que podría causar complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido.

1.1 PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA.

DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Entre 2004 y 2005, se realizó la Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal de la OMS en 24 regiones de ocho países de América Latina. En la encuesta se obtuvieron datos de todas las mujeres que ingresaron para tener el parto en 120 instituciones seleccionadas al azar. La mediana de la tasa de partos por cesárea fue del 33% y la tasa más alta de partos por cesárea observada en hospitales privados fue del 51%.(25) Esta misma tendencia se ha venido incrementando en los últimos años en nuestro país, ya que como se evidencia en múltiples estudios nacionales (presentados más adelante) existe una alta tasa de incidencia de cesárea; las cuales en algunos casos se deben a la asociación de diferentes factores predisponentes, algunos de ellos de tipo materno, fetales u ovulares; y en otros casos siendo estrictamente causas de tipo personales y/o económicas. Esta problemática evidencia una falta de homogeneidad en los criterios que llevan a dicha intervención quirúrgica. (27) Sin bien es cierto que hoy en día, las cesáreas son por lo general procedimientos con un alto grado de seguridad; no debemos olvidar que cualquier tipo de cirugía conlleva riesgos como: aumento del sangrado (que podría requerir una transfusión de sangre), infecciones de herida operatoria, daño accidental al intestino y/o vejiga, reacción adversa a medicamentos, muerte materno-fetal (muy poco frecuente) y posibles daños al neonato. Además de tener presente las implicaciones médico-legales que obligan a justificar plenamente los riesgos de la ejecución de este procedimiento. (24) Además de persistir esta problemática, podría ocasionar en la población una generalización de esta tendencia, con diversas consecuencias como: 11 disminución de atención de parto eutócico, incremento en las consecuencias post operatorias y un incremento en el gasto familiar por parte de la población (ya que al generalizarse esta tendencia las familias optarían por la realización de este procedimiento quirúrgico). Todo esto conllevaría a que la realización de este procedimiento que debería ser estrictamente de tipo médico-asistencial, sea con fines netamente lucrativos. Es por eso que debemos tener presente, que las reales indicaciones de parto por cesárea hacen referencia a las circunstancias clínicas en las cuales el pronóstico materno-fetal se optimiza utilizando este procedimiento quirúrgico. (26)

LA DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN: La investigación se realizó en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa de Pasco, en el Servicio de Gineco-Obstetricia durante el período Enero - Diciembre 2014, recolectando información de las Historias Clínicas de las pacientes cesareadas, así como del Libro de Partos y Libro de Registro de Cesáreas de Sala de Operaciones. La Región Pasco es de tipo expansiva, típica de los países en desarrollo, de base ancha, a predominio de la población joven, que a partir de los 34 años va estrechándose paulatinamente. La población de mujeres en edad fértil (MEF), asciende a 249 mil 680 mujeres, que representa el 55% del total de mujeres.

Descripción y caracterización del problema

Las circunstancias anteriores reflejan que cuando la frecuencia de cesáreas sobrepasa mucho el valor de 15% los riesgos para la salud reproductiva comienzan a sobrepasar los beneficios.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia de cesáreas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco?

1.2.1 Problema general:

¿Cuánto es la frecuencia de cesáreas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco durante el periodo 2014?

1.2.2 Sub problemas:

Causas Socio Demográficos:

1. ¿Cuál es la frecuencia de cesáreas según edad de las pacientes en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” NIVEL II-1 de Oxapampa-Pasco?
2. ¿Cuáles son las frecuencias de cesáreas según grado de Instrucción en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco?
3. ¿Cuál es la frecuencia de cesáreas según procedencia en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco?
4. ¿Cuál es la frecuencia de cesáreas según estado civil en el Hospital de “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco?
5. ¿Cuáles son la frecuencia de cesáreas según condición económica en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” NIVEL II-1 de Oxapampa-Pasco?

Causas Maternas:

1. ¿Cuál es la frecuencia de cesáreas por causas maternas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco?

2. ¿Cuáles son la frecuencia de cesáreas según antecedentes Quirúrgicos en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco?
3. ¿Cuáles son la frecuencias de cesáreas según paridad en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco?
4. ¿Cuáles son la frecuencia de cesáreas según edad gestacional en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” NIVEL II-1 de Oxapampa-Pasco?

5. ¿Cuáles son la frecuencia de cesáreas según periodo inter-genésico en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco?

6. ¿Cuáles son las frecuencias de patologías asociadas al embarazo que terminaron en cesárea en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” NIVEL II-1 de Oxapampa-Pasco?

Causas Fetales:

1. ¿Cuáles son la frecuencia de cesáreas por causas fetales en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa –Pasco

1.3 TRASCENDENCIA TEORICA, TECNICA Y ACADEMICA

1.3.1. Identificación del problema a nivel Regional y Nacional

El parto en la actualidad es una situación de riesgo, debido al mismo, no todos los Partos son eutócicos, existen los partos distócicos generalmente los comprendidos Por el parto vía abdominal denominado Cesárea se estima en el 15%. La tasa promedio hasta el año 2007 fue en África 3,5% con valores máximos en Sud -África 15.4% Egipto 11.4% y Túnez 8.0%. El promedio en Asia de 15.9%, con las mayores tasas nacionales en China 40.5%, Hog Kong 27.4% y Líbano 23.3%. Nepal y Camboya presentaron las menores tasas 1.0%. En Europa la tasa promedio de cesáreas fue el 19% y los valores máximos se observaron en Italia 36% y Portugal 30.2%, mientras que los más bajos fueron en Serbia y Montenegro 8% y Moldava 6.2%. Las tasas de cesáreas en América Latina y el Caribe fueron superiores a las otros países en desarrollo, pero menores que los países desarrollados en conjunto la tasa media fue de 29.2% con los valores menores que Haití 1.7% y Honduras 7,9% y los Mayores en México 39.1% Brasil 36.7% Republica Dominicana 31.3% y Chile 30.7%.(1). En el Perú, de acuerdo con lo reportado Por Balizan y et al, igual que lo encontrado en otros países menos desarrollados Bolivia, Haití y Guatemala se había mantenido por debajo del 10% cifra muy inferior a la descrita en países como Puerto Rico 45%, Chile 40%, Brasil 27%, Argentina 25% y México 24%. No obstante, este panorama parece haber cambiado sustancialmente sobre todo en los últimos años (2).

Uno de los estudios publicados al respecto a nuestro medio, el estudio de Távara Orozco Luis quién dio a conocer para el año 1992 la tendencia de cesáreas ya había superado largamente el 20% luego De haber mantenido una tendencia claramente positiva desde el año 1962 (2).

En Oxapampa en el Hospital EGGG- Oxapampa -Pasco Minsa se tienen cifras sobre Riesgo en el cuál se incluye las cesáreas con un 17.2% de observados y 30.2% de Estimados, cifras que se encuentran muy por encima del estándar Internacional lo que Representa mayores costos para el Estado Peruano y las familias (3)

1.3.2 Planteamiento del propósito o alternativa de solución (respuesta tentativa)

Los porcentajes de cesáreas en el Mundo llegan al 15%, lo recomendado por los Organismos Internacionales de la Salud, no siendo así en el Perú donde han permanecido desde el año 1962 con porcentajes encima del 20% habiendo un sub registro de datos.

Oxapampa no es ajeno a esta realidad, los registros que se tienen de la población atendida. Corresponde al 17.2% de cifras observadas y las estimadas están muy por encima de lo normado en 24.5%

1.3.3 Relevancia teórica, técnica y académica

De seguir con esta situación se advierte el aumento de las tasas de cesáreas en nuestra realidad, presentando mayor riesgo para la salud reproductiva al sobrepasar los beneficios.

El problema puede solucionarse si se aplicaran adecuadamente las indicaciones de una cesárea y un correcto control de los registros utilizados como técnicas para indicadores de salud como es la cesárea.

Académicamente se advierte el interés de investigar el tema por parte de las estudiantes, como es el caso de las aspirantes a segunda especialidad, ya que el proceso de enseñanza aprendizaje seguido en esta especialidad, le confiere el interés por resolver la problemática planteada, en este caso por un indicador de importancia en el servicio de Obstetricia del Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco. Donde labora la egresada en segunda especialidad de Monitoreo fetal y ecografía obstétrica.

1.3.4 Factibilidad

El Hospital Nivel II EGGG Oxapampa-Pasco. Cuenta con los recursos necesarios para abordar el presente estudio, y existe el interés por parte de la Dirección para realizar este tipo de investigación, la misma que está dentro de los indicadores propuestos por la Institución del Ministerio de Salud.

1.4 APOORTE DOCTORAL

En los últimos años, nacer se ha convertido en una práctica anti-natural la tasa de frecuencias de cesáreas en los sectores públicos y privado superan largamente los índices permitidos. Un proyecto de Ley es una opción entre tanto punto borroso, para darle claridad al asunto.

Cifra alarmante:

Alejandro Arrieta es un economista de la salud que elaboró, a finales de 2007, el estudio más consistente sobre las [cesáreas en el Perú](#) hasta la fecha para el Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES). El tema lo capturó porque de pronto todas las esposas de sus amigos comenzaron a operarse, como si la naturaleza se hubiera mandado un descanso colectivo.

Arrieta encontró dos razones principales para este fenómeno, que siete años después se han

agravado: la comodidad y los honorarios de los médicos. “Para determinar una cesárea no existe un test como el de la diabetes. Hay un punto borroso que se presta para los incentivos. Además las cesáreas se pueden programar. El médico arma su horario en base a los días de la semana que mejor le acomoden”.

Alexandro Saco, de Foro Salud, agrega un motivo: “Es probable que los médicos estén olvidándose de cómo realizar un parto natural. O peor: que las nuevas promociones vean como algo normal no saberlo”.

En el 2014, el 28,6% de mujeres dieron a luz por cesárea a nivel nacional, cuando la Organización Mundial de la Salud ha fijado un límite no mayor al 15%.

En el primer trimestre de este año, las entidades prestadoras de salud (EPS), que representan el grueso del sector privado, considerando solo a asegurados regulares, han arrojado un 73,9%; mientras que el Sistema Integral de Salud (SIS) presenta un 23,6%. Aquí hay una doble lectura, según el especialista: que los porcentajes aumenten en el sector público no es del todo malo. Significa que más gente de bajos recursos está accediendo a servicios de salud.

Pero también está la contraparte: el incremento excesivo. Tal es el caso del hospital Honorio Delgado de Arequipa, que en el 2014, de un total de 6 mil 708 partos, practicó 3 mil 255 cesáreas. Es decir, el 48,52% del universo total. Todos los establecimientos públicos del Ministerio de Salud en la Ciudad Blanca han sobrepasado el 40% en los últimos tres años.

Para Arrieta, sería un error regular a los médicos, pues considera que siempre tendrán la sartén por el mango, la última palabra. Quizá por eso su propuesta es pragmática. “Al margen de si es ético o no, el médico pierde con un parto natural y la sociedad gana. ¿Por qué no pagar, entonces, más por un parto vaginal que por una cesárea si implica más días de atención?”

La ginecóloga Gloria Riesco, quien dio las directivas para la conformación de los comités de cesárea de Es-salud en el 2006, les atribuye las cifras clamorosas a los pacientes. “Es una moda que se ha extendido en varios países. Las mujeres son las que piden ser intervenidas porque creen que un parto es una operación de bajo riesgo. Lo exigen e incluso amenazan con denunciar si no se les practica”.

¿Será realmente que las madres ya no quieren parir?

Angela Bocker, una alemana que lleva 20 años al frente de Pakarii, una casa de nacimiento que difunde el parto natural, ha acompañado a cientos de mujeres en su misión de alumbrar. No atiende más de nueve partos al mes. El camino a la vida requiere un conjunto de clases personalizadas.

***“La mujer tiene que entender que debe parir con una sonrisa. Si está triste, más le dolerá”,
- señala Bocker***

Bocker asegura que existen mitos dañinos que inducen a las futuras madres a optar por el bisturí. “A partir de los siete meses recién se puede hablar de la placenta previa y no desde los

cuatro meses, como ocurre”. De igual forma sostiene que cuando el cordón umbilical envuelve –está en contra del término enredar– no necesariamente ahorcará al feto.

Inclusive si la operación es inminente (casos de pre eclampsia, por ejemplo) sugiere que no se omitan las contracciones, y que la mujer alcance cinco centímetros de dilatación. “Será un útero activo con memoria de trabajo para el siguiente parto”.

Ley en espera

En abril pasado, la Comisión de Salud aprobó el proyecto de **Ley de promoción y protección del derecho del parto humanizado y de la salud de la mujer gestante**, impulsado por el congresista Jaime Delgado.

Como el título refiere, propone una serie de cambios, como que no se corte el cordón umbilical inmediatamente, y que la madre permanezca con su niño con la finalidad de que pueda estimularlo a tomar leche de sus pezones. En suma, que el primer contacto se respete como un protocolo sagrado.

En el caso específico de las cesáreas, plantea la creación del Observatorio del Nacimiento y Monitoreo (OBNAC), cuya tarea será elaborar un reporte anual sobre la cantidad de partos naturales o cesáreas a nivel nacional. “Si el médico recomienda una cesárea ahora tendrá que justificarla. Quedará grabado en su historia”, comenta el parlamentario.

La Superintendencia Nacional de Aseguramiento de Salud (Su -salud) será el organismo encargado de la fiscalización y conformación de este observatorio. Así como de aplicar las sanciones correspondientes.

Queríamos conocer la opinión de César Palomino, el decano del Colegio Médico, pero prefirió el silencio. Todavía no hay fecha para que esta ley sea debatida en el Pleno. Tendría que ser en la legislatura actual. Mientras tanto, muchas madres son “cesareadas” sin culpa.

Esta situación hace desarrollar acciones para disminuir tasa de frecuencia de cesáreas Razón por la cual nos planteamos la siguiente interrogante:

1.5 ANTECEDENTES INMEDIATOS

1. Ortiz Lec, Carlos en Cuba en el año 2008 investiga sobre las COMPLICACIONES DEL PARTO VAGINAL EN PELVIANA VERSUS CESAREA. Objetivo: Analizar 120 parto y 368 cesáreas y sus causas, diseño observacional, descriptivo, retrospectivo y explicativo concluyendo: Que algunos factores considerados desfavorables para el parto tras-pelviano en pacientes con presentación pelviana, no se relacionaron de modo significativo con la vía del nacimiento y como aspectos relevantes que la morbilidad perinatal resultó similar en los 2 grupos de pacientes mientras que se observa un incremento alarmante de la morbilidad materna en el grupo de pacientes que fueron operadas.(7).

2. Zighelboim, Tic Sanchez, Williams en Caracas, durante el año 2007, realizaron la investigación titulada: ¿CESÁREA UNA PANACEA? Donde identificaron como en forma progresiva y hasta abusiva la cesárea, utilizando para ello un diseño observacional, descriptivo, Revisión histórica, retrospectivo y explicativo, siendo la conclusión: que a pesar de

que la morbilidad y mortalidad que entraña es 3-6 veces mayor que la ruta vaginal se sigue practicando discriminadamente.(8).

3. Beltran ap y et al, el año 2007 en una investigación cualitativa, descriptiva e histórica encargado por la organización Mundial de la Salud denominada: TASAS DE CESAREAS ANALISIS DE LOS ESTIMADOS REGIONALES Y NACIONALES, donde los investigadores establecen la posible asociación con indicadores específicos de salud reproductiva y conforman la mayor y más representativa serie de datos demográficos y sanitarios de los países en desarrollo.(9)

4. Lindo Misael et al .PARTO VAGINAL EN CESAREADA ANTERIOR EXPERIENCIA DE 4 AÑOS EN UN HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL. Villa el Salvador, Lima Perú, 2004,217.22pp.En el proceso de investigación los autores se prepusieron determinar las características maternas y perinatales, tipo de parto y complicaciones de las gestantes con parto vaginal después de una Cesárea, emplearon el método descriptivo, porque describieron las variables .Los resultados importantes a las que arribaron fueron: El 63.2% tenía entre 26 y 35 años. El promedio inter-genésico fue 8,6%.El parto eutócico se dio en 90.8% concluyendo que: el parto vaginal en cesárea anterior en grupo seleccionado de mujeres se considera seguro y con altas probabilidades de éxito y mínimos riesgos (10)

5. En el año 2009, en el Hospital Nacional Sergio Bernal, Manzano Espejo, Giancarlo, realiza la investigación titulada: INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A CESAREA ITERATIVA EN ADOLESCENTES. Lima Perú, 5pp. Los autores propusieron a determinar la incidencia y los factores asociados a la cesárea, en una investigación descriptiva, transversal y retrospectiva, siendo las conclusiones que la incidencia fue del 45% y como factor asociado la desproporción céfalo pélvico (4).

6. Quispe Antonio, M et al, CESAREAS EN 7 HOSPITALES PUBLICOS DE LIMA: ANALISIS DE TENDENCIA EN EL PERIODO. Lima Perú, 2008 45-50pp. En el transcurso los investigadores se prepusieron analizar “tendencia de la tasa de cesáreas” mensual, y los patrones característicos, emplearon el método descriptivo de tipo ecológico en el que se revisaron los reportes mensuales hallando la tendencia de cesáreas en todos los hospitales en estudio teniendo como resultado Tendencia promedio fue 36.9%+o-9,1%(rango 16.5%- 71.4%) Entre los años 2001(TCM 33.5%+O-6.9%), Y 2008 (TCM 39.7%+o-8.3%) se registró un incremento del 7.7%+o-6.4% en el año 2007 (TCM 43.5%+O- 9.8%). Conclusiones: TCM de los Hospitales de la DISA V Lima –Ciudad supera largamente el limite recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y durante los años de estudio ha mantenido una tendencia significativamente creciente (5).

7. Antonio Quispe y et al realizaron la investigación titulado: CESAREAS EN SIETE HOSPITALES PUBLICOS DE LIMA: ANALISIS DE TENDENCIA EN EL PERIODO 2001-2008, siendo el objetivo a analizar la tendencia de la “tasa de cesáreas” mensual en todos los hospitales de la Dirección de Salud V Lima-Ciudad desde el año 2001 al 2008, y determinar los patrones característicos.

Material y métodos Estudio de tipo ecológico; encontrando los siguientes resultados: el promedio fue de 36,9% +o-9,1%. Entre los años 2001 se registró un incremento promedio del 6,9%+o-7,0% alcanzándose un promedio de 7,7%+o-6,4%. En la mayoría de los Hospitales, se

registró un aumento significativo entre los años 2004 y 2005. Analizando la variación anual de las TCM se observó que estas tienden a incrementar en los meses de abril (37,9% \pm 9,7%) y setiembre (40,2% \pm 8,9%), ciclo que se ha repetido en la mayoría de los centros Hospitalarios bajo estudio.6).

8. Pavón León, Patricia et al FRECUENCIA E INDICACIONES DE LA OPERACIÓN CESAREA EN EL HOSPITAL ESCUELA DE LA UNIVERSIDAD VERACRUZANA. Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Veracruzana Xapala, Mexico.2002 7 pp. Los autores realizaron la investigación retrospectiva de tipo cuantitativo, transversal y descriptivo siendo el Objetivo: determinar la frecuencia y las indicaciones más comunes de la operación cesárea que se realizaron en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana y formular algunas recomendaciones al respecto. Los resultados importante a los que arribaron fueron: La frecuencia de cesáreas de 36.7%, con relación al número de nacimientos .Las indicaciones más frecuentes fueron: sufrimiento fetal agudo (28.4%) desproporción céfalo-pélvica (22.4%) y cesárea previa (15.2%) concluyendo que: El estudio revela una frecuencia elevada si se toma como ideal el 15% sugerido por la normatividad. Es necesario actualizar y uniformar los criterios técnicos para la práctica de la operación cesárea, manteniendo únicamente aquellos que constituyen un beneficio incontrovertible para el bienestar materno y perinatal.(11)

9. Curay Jiménez, Richard Edgar y García Zarate, Cristian Fernando, en el año 2001, realizaron una investigación descriptiva no probabilística de cinco años en el Hospital de Apoyo N°01 “José Alfredo Mendoza Olavarría” en la ciudad de Tumbes, con el Objetivo de determinar la FRECUENCIA Y COMPLICACIONES MATERNAS PRESENTADAS DURANTE EL PARTO Y EL POSTPARTO, Teniendo como resultados las complicaciones en el parto disfuncional con una frecuencia del 25,0% y alumbramiento patológico con un 16,7%. (12).

10. En Cerro de Pasco, El Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales Nivel II.1 Oxapampa-Pasco el Ginecólogo José Fernando Echáis. 2004-citado por 12 artículos relacionados casuística denominado realización de Cesáreas por complicaciones, Los autores realizaron un análisis descriptivo, transversal y retrospectiva, teniendo como objetivo: determinar la Incidencia en el Hospital General Ernesto German Guzmán Gonzales II-1 Oxapampa-Pasco 2004 a Diciembre 2010, teniendo los siguientes resultados: la incidencia fue para el año 2005 17.2%, para el año 2006 18.5% y 27,2% para el año de 2009,30.3% para el año 2010 las indicaciones más frecuentes fueron: 16.39% por sufrimiento fetal, el 3.96% por presentación podálica, 3.66% cesárea anterior, 3.10% desproporción céfalo pélvica y 3.06% trabajo de parto disfuncional.(23).

1.6 OBJETIVOS:

1.5. Objetivo General

Hallar la frecuencia de cesáreas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco, durante el periodo 2014.

1.5.1. Objetivo Específico:

1. Describir las causas de Cesáreas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco.

Causas Socio demográficos

1. Describir la frecuencia según edad de pacientes que terminan en cesáreas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa -Pasco
2. Describir la frecuencia de cesáreas según grado de Instrucción en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco.
3. Describir la frecuencia de cesáreas según procedencia en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco.
4. Describir la frecuencia de cesáreas según estado civil en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco.
5. Describir la frecuencia de cesáreas según condición económica por afiliación en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco

Causas Maternas:

1. Describir la frecuencias por causas maternas que terminan en cesárea en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco?
2. Describir la frecuencia de antecedentes quirúrgicos que terminaron en cesáreas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco
3. Describir la frecuencia de cesáreas según paridad en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco.
4. Describir la frecuencia de cesáreas según Edad Gestacional en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco.
5. Describir la frecuencia de cesáreas según periodo inter-genésico en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco.
6. Describir la frecuencia de patologías asociadas que terminan en cesáreas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa.

Causas Fetales:

1. Describir la frecuencia por causas fetales que terminan en cesáreas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco.

2. REFERENCIA TEORICA O CONCEPTUAL

2.1. Breve referencia Histórica

2.1.1. Historia de la Cesárea en el Mundo (14)

1. La primera Operación Cesárea, la operación es muy antigua: se practicó en el Imperio Romano, entre los hindús primitivos y entre los Egipcios.

Es imposible determinar con precisión cuando se llevó a cabo por primera vez y si se ejecutó en una mujer viva o después muerta.

La primera referencia de una cesárea realizada en una mujer viva se halla mucho más tarde, a un que siempre en la edad Antigua en el Mischnah colección de las tradiciones rabínicas del Talmud Judeo-babilónico que empieza en la Época de Moisés, escrito por eruditos judíos hacia el año 140 de nuestra era.

La primera cesárea en gran Bretaña, fue ejecutada el 29 de junio de 1737 por Smith, cirujano de Edimburgo, en una paciente con osteomalacia y parto prolongado de siete días, el niño nació muerto y la madre murió a las dieciocho horas después.

La primera operación cesárea realizada en Gran Bretaña con sobrevivencia de la madre fue practicada por la partera Mary Donallyen 1738, la paciente se llamaba Alice O'Naele, de 33 años había estado en trabajo de parto 12 días y se pensaba que su niño había muerto después del tercer día, varios intentos de parto vaginal fallaron y la comadrona Mary Donally, hizo una cesárea utilizando una navaja suturó la pared abdominal con seda y aguja de sastre, la herida fue curada con clara de huevo y la mujer se recuperó con una gran hernia ventral.

La primera operación cesárea en alta california-América fue realizada por los curas Josef Viñals y José Viaderen la Misión Santa Clara de Asis el 26 d Enero de 1799.

Se tiene referencias que entre 1769 a 1833 se realizaron 14 operaciones cesáreas, 13 de ellas en nativas y una sola en española, todas las cesáreas se hallan anotadas en los libros de registros de entierros. Estas intervenciones no eran cesáreas como se conocen actualmente son extracciones del feto del vientre después de muerta la madre.

No se conoce con exactitud los detalles de la operación. Se presume que fueron hechas con la técnica recomendada por el cura José Manuel Rodríguez.

El 31 de mayo de 1931 el Medico Alberto Barton practicó una cesárea y obtuvo un recién nacido vivo aunque la madre murió 3 horas después.

2. Historia de la cesárea en el Perú.(15)

La primera cesárea en el Perú fue realizada en la Maternidad de Lima por el DR. Camilo Segura el año 1861, en una paciente fallecida durante el parto.

El 31 de mayo de 1931 en la Maternidad de Lima el Dr. Alberto Barton practicó una cesárea obteniendo un recién nacido vivo. La madre falleció a las pocas horas.

En 1926 el Dr. Ricardo Palma realizó la primera Cesárea en Chiclayo.

Entre los años 1927 y 1936 el Dr. Manuel Jesús Castañeda efectuó la primera cesárea en Arequipa y en 1931 el Dr. Callo Zevallos hizo lo mismo en el Cuzco.

La primera cesárea segmentaria en el Perú fue practicada en la 1939 se hizo la cesárea a la niña Lina Medina de 5años y medio años de edad obteniéndose un recién nacido vivo de 2700gr.

En 1939 es practicada la cesárea en el Hospital de Bellavista Callao por el Dr. Froilán Villamon.

2.2 ASPECTOS CONCEPTUALES O DOCTRINAS REFERIDAS A LAS VARIABLES

2.1. Frecuencia de Cesáreas

1. Definición de Frecuencias

Es una repetición de un hecho o un suceso. Es también el número de veces que se repite un proceso periódico en un intervalo de un tiempo determinado (16).

2. Definición de Cesárea

La palabra Cesárea viene del latin Caedere” que es cortar, es una intervención quirúrgica mediante el cual se extrae el producto de la concepción mayor de 22semanas, a través de una incisión en la pared abdominal denominado laparotomía y de la pared uterina. Histerectomía, cuando existen indicaciones fetales y/o maternas que contraindican la vía vaginal, evitando los riesgos y complicaciones Maternos Fetales. (17).

a. Clasificación según:

- **Antecedentes Obstétricas de las pacientes:**

Primaria: Es la que se realiza por primera vez.

Iterativa: Es la que se realiza en pacientes con antecedentes de una o más cesáreas. Este procedimiento se debe programar en lo posible a las 39 semanas de gestación. En este periodo es adecuado porque se evita el riesgo de inmadurez pulmonar fetal y se minimiza el riesgo que implica un inicio espontaneo de trabajo de parto en estas pacientes. En cuanto a la opción del parto vaginal después de cesárea previa, es deber del médico informarle a la paciente cuáles son sus opciones, y los riesgos y beneficios que cada una de estas tiene. Es la paciente quien toma la última decisión pero si el médico no está de acuerdo con esta, lo mejor es referirla a otro especialista.

- **Según indicaciones:**

Cesárea electiva: es una indicación determinada durante el control prenatal y da tiempo para programar la cirugía en las mejores condiciones (18).

Cesárea de Emergencia: Aquella que se realiza de manera imprevista por la presencia de una patología que obliga la culminación del embarazo en la brevedad posible, pero respetando los requisitos para su ingreso a la sala de operación (18).

Cesárea Urgencia: Cirugía de realización inmediata por la presencia de una patología de aparición inmediata por la presencia de una patología de aparición súbita que obliga la culminación del embarazo, que no permite realizar exámenes mínimos, completar la Historia clínica ni realizar otros trámites obligando un despliegue ágil de todo el personal alrededor del paciente.(18).

- **Según el tipo de incisión:**

Corporal o clásica: La incisión es vertical se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones más frecuentes son: cáncer cérvico-uterino invasor, embarazo pre-término, situación fetal transversa con dorso inferior, histerorrafia corporal previa, procesos adherenciales o varicosos importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea posmortem, miomatosis uterina de grandes elementos y cuando después de la cesárea se realizará una histerectomía. Sus desventajas son: apertura y cierre más difícil, mayor hemorragia, adherencias más frecuentes, histerorrafia menos resistente que puede hacerse dehisciente durante un nuevo embarazo.

Segmento corporal: (Beck), la incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son: embarazo pre-término, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de retracción e histerorrafias corporales previas. Las desventajas de esta técnica no difieren de la anterior.

Segmento arciforme o transversal: (Kerr), es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. Al realizarse una incisión transversal del segmento inferior tiene las ventajas de producir menos hemorragia, y permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes y así como pocas adherencias postoperatorias. (42).

PRINCIPALES INDICACIONES:

Las indicaciones pueden agruparse de diversas maneras: maternas, fetales y mixtas, según quien sea el supuesto beneficiario de la intervención; electivas, esto es, sin intentar el trabajo de parto o intraparto o de recursos emergentes, urgentes o programables, absolutas o relativas. De acuerdo con la comisión de Bioética de la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) se acepta que existen indicaciones absolutas de cesáreas que no plantean problemas en la toma de decisiones por la evidencia de su necesidad; otras de

justificación más discutible, son las que hoy proporcionan buena parte de la alta frecuencia de cesáreas.

Indicaciones Maternas:

- **ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO:** En los casos de pre-eclampsia leve con embarazo a término se plantea la indicación de cesárea cuando no existe respuesta a la inducción de parto y/o hay signos de deterioro materno o fetal. En la pre-eclampsia severa, es necesario terminar la gestación por riesgo materno y fetal, si no hay condiciones para parto vaginal, se optará por la vía abdominal, en especial si hay signos inminentes de eclampsia o de desarrollo del Síndrome Hellp o si se trata de restricción de crecimiento fetal o bebés de peso muy bajo.

COMPLICACIONES MÉDICAS ASOCIADAS: En la mayoría de las enfermedades asociadas a la gestación se elige la vía del parto de acuerdo a la complicación obstétrica. En algunos casos, como el herpes genital reciente o activo, salvo membranas rotas más de 4 horas y en el SIDA, la intervención es mandataria y en otros, como la diabetes mellitus complicada, cardiopatía severa, cuadro de lupus eritematoso sistémico activo, madre con sensibilización Rh, entre otras.

- **CÁNCER DE CUELLO UTERINO:** Toda gestante con diagnóstico de cáncer invasivo del cuello uterino después de las 22 a 26 semanas debe ser sometida a cesárea inmediatamente se demuestre la madurez fetal. En los casos con diagnóstico histopatológico de cáncer in situ o micro invasor de cérvix, la vía de parto puede ser vaginal, limitándose la cesárea a una indicación obstétrica.

- **INCISIÓN UTERINA PREVIA:** En los casos de cesárea previa, la cicatriz de la incisión en la pared uterina puede predisponer a su rotura antes o durante el trabajo de parto, por lo que, en estos casos el parto abdominal ha sido considerado como indicación casi absoluta. Sin embargo la cicatriz de una cesárea segmentaria transversa es capaz de tolerar el embarazo y el parto sin romperse. Sin embargo se debe considerar el riesgo de morbilidad o mortalidad del feto y neonato, cuando el intervalo inter-natal es menor de dos años, lo que no tiene que ver con la calidad de la cicatriz.

Indicaciones Fetales:

- **SUFRIMIENTO FETAL:** La hipoxemia y la acidosis fetal durante el trabajo de parto pueden producir muerte fetal intra-parto o neonatal, así como morbilidad neonatal respiratoria y lesión neurológica posterior. El diagnóstico de sufrimiento fetal agudo es indicación para terminar la gestación en forma inmediata, lo que supone un parto por cesárea en los casos en que no hay condiciones para parto vaginal, no se ha completado la dilatación o se espera un expulsivo prolongado. En nuestro medio, es necesario el criterio clínico del médico gineco-obstetra quien principalmente en los casos de pre-eclampsia, o ligo-hidramnios, diabetes o parto prolongado, hará una evaluación con la ayuda del 28 parto grama con curvas de alerta, para tomar la decisión más apropiada.

- **MALA PRESENTACIÓN FETAL:** Los casos con feto en situación transversa en el parto o con presentación de cara mento posterior o de frente son indicaciones de cesárea. También lo son las presentaciones cefálicas de flexionadas, cuando el progreso del parto es dificultoso, comportándose como desproporciones feto pélvicas relativas. La presentación podálica es indicación de cesárea en el parto pre-término, principalmente si se estima un peso fetal muy bajo, por la fragilidad fetal y por el riesgo de atrapamiento de la cabeza en un cuello insuficientemente dilatado, también en los casos de presentación podálica incompleta, por el riesgo de prolapso de cordón.

- **PREMATURIDAD:** La experiencia obstétrica y neonatológica indica que el feto prematuro tiene más riesgo de traumatismo obstétrico si nace por vía vaginal, más aún, si viene en podálica. Por tal motivo se recomienda que los fetos con peso menor o igual a 1, 500 g deban nacer por cesárea.

Anormalidades del Parto:

- **DESproporción CEFALOPÉLVICA:** Es una indicación frecuente de cesárea. Así un bebé pequeño puede, durante el trabajo de parto, salvar la desproporción relativa, a menos que la deformidad pélvica sea extrema. Por otro lado, la pelvis aparentemente normal puede resultar pequeña para un bebé macrosómico o con la cabeza de flexionada. Las prime gestas que inician el trabajo de parto con la presentación flotante, probablemente presenten un estrecho superior contraído. En caso de compromiso del estrecho medio, con bebé grande, la cesárea está indicada si la cabeza no desciende luego de una prueba de 29 trabajo de parto. Los casos de contracción del estrecho inferior usualmente tienen confirmación durante el segundo periodo del parto.

- **DISTOCIA:** También se define como parto anormal en el que al analizar las características de la gestante, no se presupone un parto vaginal seguro. La desproporción céfalo-pélvica es una de sus causas. La inercia o disfunción uterina es la otra explicación de la distocia y suele corregirse mediante el uso de oxitócicos. Sin embargo, la diferencia entre ambas requiere el juicio adecuado del gineco-obstetra. La distocia ha sido la primera razón de indicación de cesárea repetida. El parto grama es el instrumento que ayuda a diagnosticar la inercia o la disfunción uterina.

- **INDUCCIÓN FALLIDA DEL TRABAJO DE PARTO:** En casos indicados de inducción por riesgo materno fetal puede haber falta de respuesta o, una vez iniciado el parto inducido, este no progresa, lo que requerirá la culminación del embarazo por cesárea.

- **FORCEPS O VACUUM EXTRACTOR FALLIDOS:** La aplicación del fórceps y de la ventosa o vacuum requiere el cumplimiento de ciertas indicaciones y condiciones para el uso del parto instrumentado. La experiencia institucional nos dice que estos casos no deberían ocurrir con una evaluación más cuidadosa, no se debe insistir en el procedimiento después que se falló en

la aplicación .La morbilidad neonatal es alta por inexperiencia o exceso de confianza del instrumentador.

Indicaciones Placentarias:

- **HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE:** Los casos de hemorragia del tercer trimestre debidos a placenta previa tienen indicación de cesárea cuando el embarazo está a término y persiste (30), la obstrucción parcial o completa del canal cervical o cuando se presenta un sangrado importante en cualquier momento del embarazo. Las pacientes con diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta moderada o severa deben ser sometidas a cesárea inmediatamente; cuando el desprendimiento es leve; se realizará la cesárea cuando el bebé está vivo y presenta signos de sufrimiento fetal; o cuando se considera que el parto va a demorar más de dos horas o el sangrado aumenta.

- **ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS:** La rotura de las membranas corioamnióticas antes del inicio del trabajo de parto está asociada con corioamnionitis y prematuridad, así como con muerte materna y perinatal. Es por esto que, en un cuadro de rotura prematura de membranas (RPM), si no hay condiciones de parto vaginal después de las 24 horas de ocurrida la RPM, si falló la inducción, o ante la presencia de corioamnionitis o de sufrimiento fetal sin trabajo de parto, se prefiere terminar la gestación por vía alta, usándose profilaxis antibiótica o en el caso de corioamnionitis, antibioticoterapia de espectro amplio.

INDICACIONES RELATIVAS.

-Distocia del trabajo de parto que no responde al tratamiento. - Presentaciones anómalas. Anomalías fetales. - Embarazo múltiple (tres o más fetos). - Asimetría pélvica. - Psicosis, retardo mental, trastorno de conciencia. – Pre-eclampsia severa, eclampsia, síndrome de Hellp. (31)- Insuficiencia cardio-respiratoria. - Enfermedad oftalmológica (miopía > 6 dioptrías, antecedente de desprendimiento de retina). -Papiloma virus humano. (43)

CONSIDERACIONES NO CLÍNICAS:

Existen múltiples causas no clínicas o paramédicas que forman parte de las indicaciones de cesárea y que deben revisarse con cierta cautela:

-Edad materna: Es casi constante en la bibliografía la observación de que la tasa de cesáreas aumenta a medida que avanza la edad materna.

-Volumen asistencial: El volumen de partos asistidos en un centro puede justificar diferencias en las tasas probablemente por la infraestructura de que disponen.

-Características de los profesionales: La capacitación de los profesionales puede marcar de forma muy ostensible su decisión quirúrgica.

-Cesárea a Demanda: Cada vez es más frecuente que la propia paciente pida la realización de una cesárea, probablemente debido a la creencia muy difundida de que esta intervención es una práctica igual de segura para ella y el feto que el parto vaginal. Si se practica una cesárea a

demanda teóricamente la mujer y el feto asumen los riesgos mientras que si no se hace la responsabilidad recae sobre el médico.

COMPLICACIONES:

La cesárea, a pesar de su alta seguridad, no está exenta de complicaciones, algunas impuestas por la propia indicación para realizar el procedimiento (situaciones maternas de extrema urgencia), y otras derivadas de la técnica en sí. No es correcto ignorar el incremento de morbilidad neonatal y materna que se deriva de su práctica, por no mencionar el aumento de riesgo, de 2.8 a 6 veces más de muerte materna. Las infecciones son más frecuentes que en el parto vaginal y en ocasiones fuerzan a terapéuticas muy agresivas (histerectomía). La necesidad de transfusión, con sus particulares complicaciones, se requiere del 1 al 6% de las ocasiones. Hay posibilidad de daño en órganos vecinos y en ocasiones se presentan cuadros de íleo paralítico que son muy raros en el parto vaginal. El hecho de requerir anestesia constituye otra fuente de eventuales complicaciones. El postoperatorio es mucho más molesto y prolongado, con mucho alto riesgo de tener que abandonar la lactancia materna. Su costo es también superior al del parto vaginal, llegando una cesárea sin complicaciones, a costar más del doble de los gastos generados por el primero. (25)

COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS: Se producen complicaciones relevantes en el 1-2% de los casos.

- **Complicaciones infecciosas:** Las complicaciones infecciosas son la principal causa de morbilidad asociada a la cesárea, siendo esta última el factor de riesgo más importante de infección materna posparto. La cesárea tiene entre 5 y 20 veces más riesgo de infección que el parto vaginal. Las complicaciones infecciosas después de una cesárea incluyen: fiebre, infección de la herida quirúrgica y del tracto urinario, endometritis, bacteriemia e infecciones severas (absceso pélvico, tromboflebitis pélvica séptica y shock séptico). Factores como la cesárea emergente, duración del parto, rotura de membranas, estado socioeconómico, número de 33 exploraciones vaginales, monitorización interna, infecciones del tracto urinario, anemia, pérdida hemática severa, obesidad, diabetes, técnica quirúrgica y experiencia del cirujano están involucradas en la incidencia de tal complicación.

- **Endometritis:** Es la complicación infecciosa más frecuente de la cesárea. Su incidencia sin la administración de antibióticos es de 20-40%. El uso de antibióticos profilácticos ha disminuido estas cifras en un 5%. Es una infección poli-microbiana causada generalmente por bacterias presentes en el tracto genital inferior, las manifestaciones clínicas suelen aparecer a las 24-48 horas de la intervención.

- **Tromboflebitis pélvica séptica:** La incidencia de tromboflebitis pélvica séptica es en algunas series 10 veces más alta después de una cesárea. Es más frecuente en pacientes con anemia, rotura prematura de membranas, presencia de meconio y prolapso de cordón, siendo menos común en las cesáreas electivas. Para su prevención se aconseja una correcta preparación quirúrgica de la piel y una técnica quirúrgica cuidadosa.

- Infecciones del tracto urinario: Son una complicación relativamente frecuente con incidencia variable entre el 2 y 16% y se relacionan fundamentalmente con la duración del sondaje vesical.

-Enfermedad, tromboembolia: Poco frecuente durante el embarazo, la tromboembolia venosa es una de las principales causas de muerte materna en el mundo desarrollado, el riesgo de trombosis venosa profunda es entre 3 y 5 veces superior después de una cesárea que después de un parto vaginal. Además el parto por cesárea particularmente si es emergente, incrementa el riesgo de embolia pulmonar letal más de 10 veces en relación con el parto vaginal. Sin embargo, el riesgo de trombosis puede atenuarse con la administración profiláctica de heparina, sobre todo en pacientes de riesgo por historia familiar, personal o predisposición genética. Es necesario mencionar que no está justificada la administración sistémica profiláctica de 34 heparinas por el incremento de morbilidad que ello condiciona, sin embargo en los casos antes mencionados, su utilización es más que razonable, por no decir imperativa. (44)

MEDIDAS GENERALES Y POST-OPERATORIO: La administración profiláctica de antibióticos a la madre, luego de la extracción fetal reduce el riesgo de presentar infecciones graves durante el post-operatorio. Inmediatamente después se utilizan analgésicos. Se alimenta precozmente a las pacientes, primero con líquidos y luego con sólidos, lo cual disminuye la necesidad de administración de líquidos parenterales. La indicación de deambulación se efectúa también dentro de las primeras 24 a 48 horas de la operación. Las suturas cutáneas en caso de no usar material reabsorbible, son retiradas al séptimo día según el tipo.

EXPECTATIVAS DESPUÉS DE LA CIRUGÍA: La mayoría de las madres y los niños se recuperan bien, con pocos problemas. Las mujeres que tienen partos por cesárea pueden tener un parto vaginal normal en los embarazos posteriores, dependiendo del tipo de cesárea efectuado y la razón por la que se realizó. Muchas mujeres que intentan un parto vaginal después de un parto por cesárea tienen éxito. Sin embargo, hay un leve riesgo de ruptura uterina asociado con dichos intentos, que puede poner en peligro a la madre y el bebé. Es importante que la persona discuta los beneficios y riesgos de este procedimiento con su médico obstetra. (45)

MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS

Actualmente la cesárea es un procedimiento con algunas controversias mundiales; al compararse el cierre de la herida uterina en una o dos capas, no se ha encontrado ventajas ni desventajas, excepto tal vez un menor tiempo quirúrgico al suturar en un plano por lo que la información disponible en este momento no es suficiente para proponer un cambio en la técnica. La inserción de dispositivo intrauterino durante la cesárea es segura y efectiva, aunque con un riesgo ligeramente mayor de expulsión, no existe diferencia en la forma de colocarlo (manual o instrumentado). En este momento se desarrolla un protocolo por la base de datos Cochrane que compara diferentes técnicas de cesárea, con el cual se podrían resolver algunas dudas acerca de este procedimiento. (46)

2.3 BASE TEORICA O TEORIA EN LA QUE SUSTENTA

La cesárea (20) es un tratamiento, tiene indicaciones precisas su único, objeto es asegurar la salud de la madre o su hijo. Solo se debe indicar cuando un parto vaginal sea riesgoso para ellos.

Ya Aristóteles nos señalaba que el motivo de nuestras acciones es un bien:” Ha sido exactamente difundido el bien: cuando se ha dicho que es el objeto de todas nuestras aspiraciones”. Es decir, nos movemos y elegimos algo en función de algún bien que vemos en aquellos, independientemente que sea un bien aparente o real. No podemos elegir algo en función de un mal, el mal nos atrae sólo en razón de un bien aparente que vemos en él.

En la decisión de un médico, participa como fin el bien de su paciente, en el caso de un parto, la salud de la madre y de su hijo. El médico entonces tiene que elegir cuál medio, en este caso cuál vía de parto, conducirá en mejor forma a obtener una madre y un recién nacido sano. La mortalidad y la morbilidad de la operación cesárea han ido disminuyendo progresivamente. Si bien parece ser que la cesárea aún representa un mayor riesgo en el universo total de los partos, no parece ser cierto en subgrupos de pacientes con algún factor de riesgos, o en los cuales la evolución del parto ya no es fluida (20).

2.4 Definición operacional de palabras clave

Frecuencia.- repetición menor o mayor de un suceso en unidad de tiempo.(22)

Cesárea.- Intervención quirúrgica mediante la cual se extrae el producto de la concepción mayor de 22 semanas, a través de una incisión en la pared abdominal.

Cesárea electiva: Cesárea programada durante la atención prenatal.

cesárea de urgencia : Cirugía de realización inmediata por la presencia de una patología de aparición inmediata por la presencia de una patología de aparición súbita que obliga la culminación del embarazo, que no permite realizar exámenes mínimos, completar la Historia clínica ni realizar otros trámites obligando un despliegue ágil de todo el personal alrededor del paciente.(18).

Cesárea de emergencia: Aquella que se decide de manera imprevista por la presencia de una complicación o patología de aparición súbita que obliga a la culminación del embarazo en la brevedad posible, pero respetando los requisitos para su ingreso a sala de operaciones.

Cesárea durante el trabajo de parto: La cesárea se realiza una vez iniciado trabajo de parto, alcanzada una dilatación concreta con bolsa rota y al menos dos horas de contracciones uterinas adecuadas (36).

Indicación de cesárea: Está indicada cuando un parto vaginal no es posible o cuando la ocurrencia del parto vaginal implica grave daño a la salud de la madre o del bebé. Existen indicaciones claras y absolutas, como la placenta previa total. Sin embargo, la mayoría de las

indicaciones son relativas, necesítándose una evaluación adecuada y juiciosa de cada caso.

Histerorrafia: Sutura quirúrgica de las laceraciones e incisiones uterinas.

Miomatosis uterina: Tumores benignos que se originan en células musculares y que contienen además tejido fibroso y son sensibles a estrógenos a los cuales se debe su desarrollo.

Hipoxemia: Déficit del nivel de oxígeno en sangre.

Hipoxia: El término es utilizado cuando se produce una situación en donde el aporte de oxígeno a las células no puede cubrir las necesidades metabólicas (47,48).

3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Método, nivel de investigación

3.1.1. **Método:** Deductivo, porque la observación será con el propósito de

Señalar las verdades particulares contenidos en la situación de cesárea.

3.1.2. **Nivel:** Descriptivo porque será descrito el número de cesárea en circuns

Tancias temporal y geográfica determinada.

3.1.3. **Tipo:**

Observacional porque se realizará sin intervención del investigador

Retrospectivo porque los datos están registrados y no planeados

Transversal porque se medirá la variable una sola ocasión

Descriptivo porque tiene una sola variable de interés la frecuencia.

3.2. SISTEMA DE VARIABLES, OPERATIVIDAD Y ESQUEMA DE DISEÑO

1. **Hipótesis:** Al ser una investigación de nivel descriptiva que tiene una sola variable no requiere variable.

2. **Sistema de variables e indicadores**

1. Variable independiente: Frecuencias de Cesáreas

2. Operacionalización de las variables:

| Variable : Frecuencia de Cesáreas | | | | |
|-----------------------------------|--------------------|----------------------|--------------|---------|
| Operacional | Dimensión | Indicadores | Tipo-valor | Escalas |
| Cesárea | Electiva | Con tiempo | Cualitativa | Normal |
| | Emergencia | Imprevista | | |
| | Urgencias | Inmediata | | |
| CAUSAS SOCIO DEMOGRAFICAS | | | | |
| Edad | 12 a 17 | años | Cuantitativo | Razón |
| | 18 a 32 | | | |
| | 33 a 47 | | | |
| | 48 a + | | | |
| Grado de instrucción | Sin estudio | Tiempo | Cuantitativo | Razón |
| | Primaria | | | |
| | Secundaria | | | |
| | Superior | | | |
| Procedencia | Rural | Comportamiento | Cualitativo | Normal |
| | Urbano | | | |
| Estado civil | Soltera | Presencia o ausencia | Cualitativo | Normal |
| | Conviviente | | | |
| | Casado | | | |
| | Divorciado | | | |
| | Viuda | | | |
| Estado económico por afiliación | SIS gratuito | Presencia o ausencia | Cualitativo | Normal |
| | SIS pagado | | | |
| | Es Salud | | | |
| | Ningún tipo Seguro | | | |
| CAUSAS MATERNAS | | | | |
| Antecedentes Quirúrgicos | Cesárea 1vez | Presencia o ausencia | Cualitativo | Normal |
| | Cesárea 2vez | | | |
| | Ningún antecedente | | | |
| Paridad | Uno | Tiempo | Cuantitativo | Razón |
| | 2 a 3 | | | |
| | 4ª + | | | |
| Edad gestacional | < 32sem | Tiempo | Cuantitativo | Razón |
| | 33 a 36sem | | | |
| | 37 a 40sem | | | |
| | 41 a 42sem | | | |

| | | | | |
|------------------------|---------------------------|----------------------|--------------|--------|
| Periodo inter-genésico | < de 2años | Tiempo | cuantitativo | Razón |
| | 2 años | | | |
| | 3años | | | |
| | 4 años a + | | | |
| Patologías Asociada | Enfermedad neurológicas | Presencia o ausencia | cualitativo | Normal |
| | Enfermedad cardiovascular | | | |
| | Enfermedad respiratoria | | | |
| | Enfermedad digestivo | | | |
| | Enfermedad genitourinario | | | |
| | Enfermedad endocrinos | | | |
| | Otros | | | |
| Causas fetales | Sufrimiento fetal | Presencia o ausencia | Cualitativo | Normal |
| | Distocia funicular | | | |

3.3. TECNICAS E INSTRUMENTOS

a) Para recolección de datos

Se utilizará la ficha de recolección de datos elaborada por la investigadora, validada.

Técnica: Estudio documental.

Instrumentos: Matriz de análisis, a través de la Historia Clínica, sistema de base de datos y ficha de recolección (anexo 1) sometido a la validez interna u homogeneidad de la

Medida entre los rubros componentes de una prueba, para la presente investigación será validada por juicio de expertos.

b) Interpretación de datos y resultados

Se realizará luego de la tabulación y la construcción de figuras, según los datos obtenidos.

c) Análisis y datos

En el estudio de frecuencia, se utilizarán las estadísticas descriptivas como la distribución de frecuencias, los promedios aritméticos o medidas de tendencia central para la edad, las cuales constituirán las medidas de dispersión.

d) Diseño

Observacional - Descriptivo

3-4. COBERTURA DEL ESTUDIO

a) Población

Estará constituido por las mujeres embarazadas que acuden para parto.

b) Muestra

Muestra no aleatoria por conveniencia donde el Universo es igual a la muestra.

c) Delimitación geográficas-temporal y temática

El estudio se realiza en el Departamento de Cerro de Pasco, en el Hospital

“Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa durante el año 2014.

4. RESULTADOS:

4.1 Presentación de resultados en concordancia con las variables y objetivos

Se realizó una tabulación de los datos a través del vaciamiento del instrumento de recolección en una matriz editora del programa informático Microsoft Office Excel 2010, para Windows; donde se analizaron los datos, para la posterior tabulación y elaboración de las tablas lo que permitió estimar la frecuencia y principales indicaciones de cesárea, características clínicas y antecedentes gineco-obstétricos, de las pacientes cesareadas correspondiente a la población objeto de estudio. El presente estudio no involucró riesgo alguno sobre la información obtenida, sin embargo se solicitó el permiso correspondiente a las diversas áreas de donde se recolectó dicha información. Se consideraron ciertos principios éticos fundamentales:

- No maleficencia: se realizaron todos los objetivos y acciones buscando poner en conocimiento la frecuencia de cesárea en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa –Pasco.
- Confidencialidad: En consideración y respeto de este principio no se divulgaron los nombres de las personas de la población de estudio.

4.2 Análisis y Organización de datos de acuerdo a las variables e indicadores

El presente estudio tuvo como Objetivo General: Determinar la frecuencia de Cesárea en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco, en el período Enero – Diciembre 2014; sin embargo, luego de analizar los datos estadísticos se pudo hallar resultados adicionales los cuales fueron:

TABLA 1 FRECUENCIA DE CESAREAS

| TIPO DE PARTO | TOTAL | % |
|-----------------------|-------|------|
| PARTO ESPONTANEO | 449 | 75.5 |
| CESAREA ELECTIVA | 68 | 11.4 |
| CESAREA URGENCIA | 29 | 4.9 |
| CESAREA DE EMERGENCIA | 49 | 8.2 |
| TOTAL | 595 | 100 |

Oficina de Informática y Estadística, Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel III-1 de Oxapampa-Pasco.

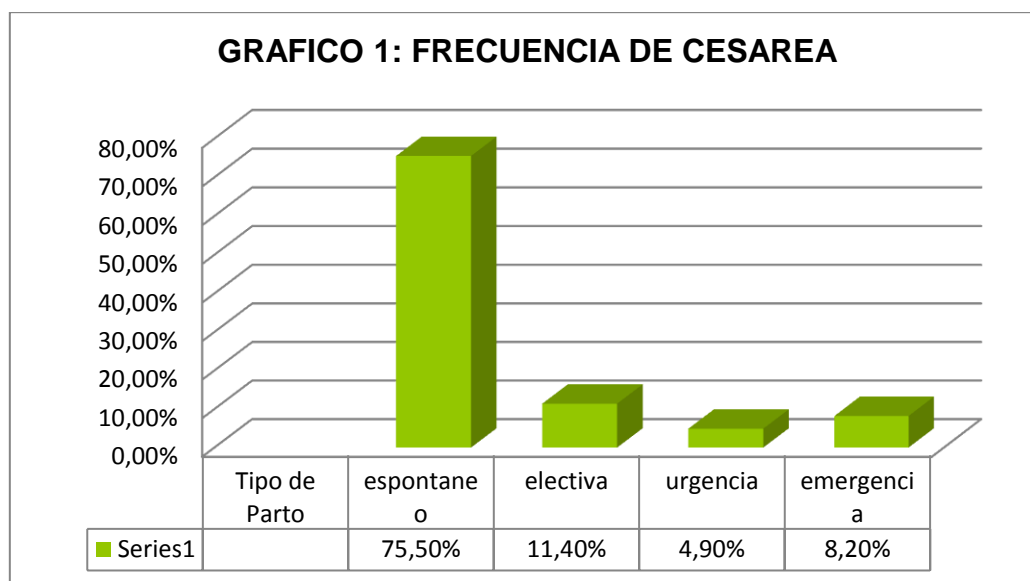


Gráfico 1 En cuanto a la frecuencia de cesáreas corresponde a un 24.5% (146 pacientes) del total de partos atendidos que hace el 75.5% de partos espontaneo, el 11.4% de cesáreas electiva el 4.9% de cesáreas por urgencias y el 8.2% de cesáreas de emergencias.

TABLA 1.2 CUADRO COMPARATIVO PARTO VAGINAL- PARTO CESAREA

| TIPO DE PARTO | TOTAL | % |
|---------------|-------|------|
| PARTO VAGINAL | 449 | 75.5 |
| PARTO CESAREA | 146 | 24.5 |
| TOTAL | 595 | 100 |

Oficina de Informática y Estadística, Hospital "Ernesto German Guzmán Gonzales" Nivel III-1 de Oxapampa-Pasco.

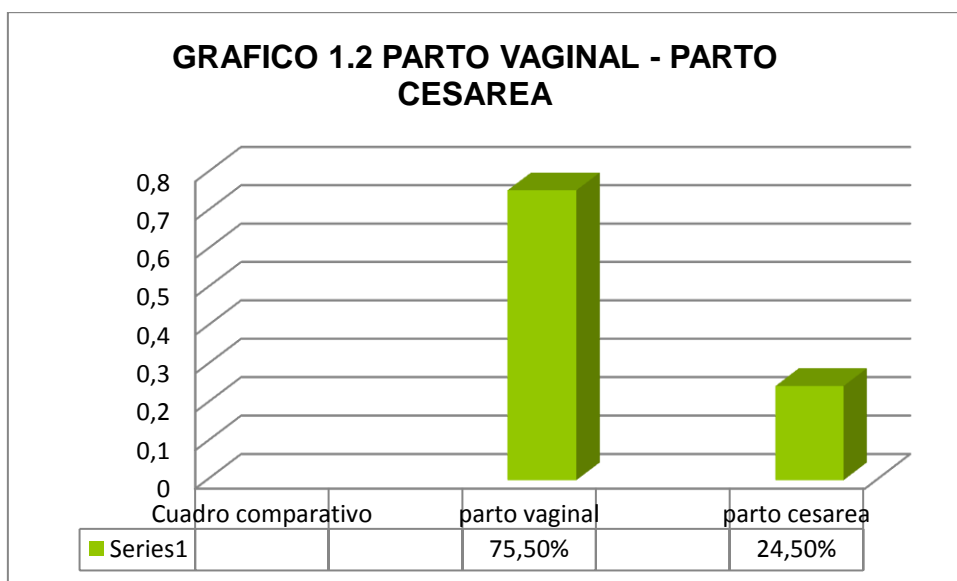
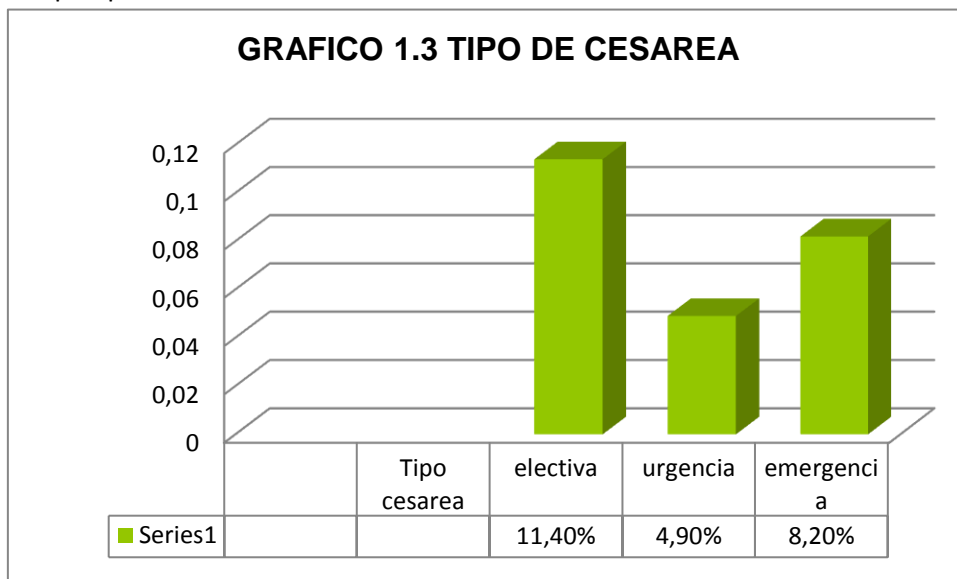


Grafico 1.2 en cuanto al cuadro comparativo de parto vaginal vs parto por cesárea al parto vaginal corresponde el 75.5% de muestra de 449 pacientes y el parto por cesárea es de 24.5% de muestra de 146 pacientes.

TABLA 1. 3. TIPO DE CESÁREA

| TIPO DE CESAREAS | TOTAL | % |
|------------------|-------|------|
| Electiva | 68 | 46.6 |
| Urgencia | 29 | 19.9 |
| Emergencia | 49 | 33.5 |
| Total | 146 | 100 |

Oficina Informática y Estadística Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco.



En el gráfico 1.3 En cuanto al tipo de cesárea se observa que el 11.4% de la muestra de (68 pacientes) fue de tipo electiva el 8.2% fue de tipo de Emergencia la muestra de (49 pacientes) y el 4.9% fue de tipo de urgencia de la muestra de (29 pacientes).el mayor porcentaje de tipo de cesárea es la electiva seguida a la cesárea de emergencia y luego la cesárea de urgencia.

TABLA 1.4 DIAGNOSTICOS OPERATORIOS

| DIAGNOSTICO | Nro casos | % |
|--------------------------------------|-----------|------|
| Antecedentes quirúrgicos primera vez | 51 | 34.9 |
| HIE | 24 | 16.4 |

| | | |
|--|----|------|
| Periodo inter-genesico corto (< de 2 años) | 21 | 14.4 |
| Antecedente quirúrgico por 2 vez | 15 | 10.3 |
| Pélvicas (DCP, macrosomia fetal) | 12 | 8.2 |
| Periodo inter-genésico largo(> de 5años) | 8 | 5.5 |
| Sufrimiento fetal | 7 | 4.8 |
| Distocia funicular | 3 | 2 |
| Gemelares | 2 | 1.4 |
| Placenta previa | 2 | 1.4 |
| Condilomatosis vaginal | 1 | 0.7 |

Oficina de informática y estadística del Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales”
Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco.

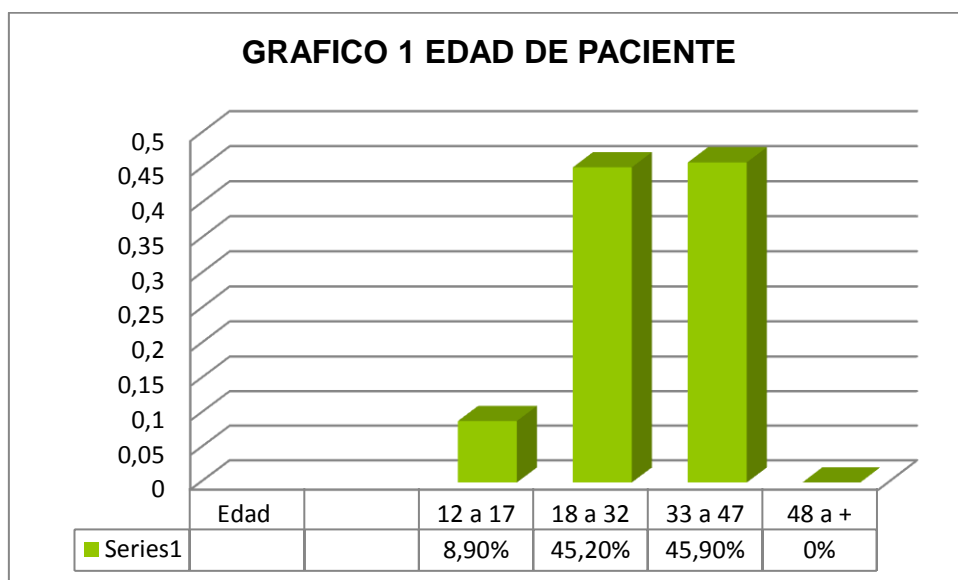
CAUSAS SOCIO DEMOGRAFICOS

TABLA.1. EDAD DE LA PACIENTE

| GRUPO DE EDAD | TOTAL | % |
|---------------|-------|-----|
| 12 a17a | 13 | 8.9 |

| | | |
|----------|-----|------|
| 18 a 32a | 66 | 45.2 |
| 33 a 47a | 67 | 45.9 |
| 48 a más | 0 | 0 |
| Total | 146 | 100 |

Oficina de informática y estadística del Hospital "Ernesto German Guzmán Gonzales"
Nivel II-1 de Oxapampa de Pasco.



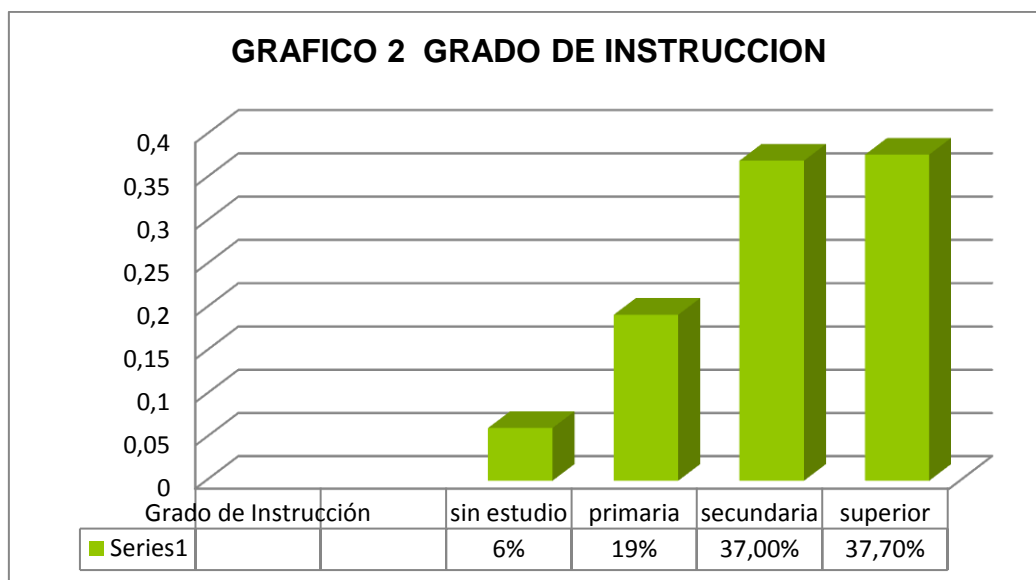
En el grafico 1 En cuanto a la edad de la paciente se observa de 12 a 17años fue el 8.9% de muestra de (13 pacientes adolescentes) de 18 a 32 años fue el 45.2% de muestra de (66 pacientes) de 33 a 47años fue de 45.9% de muestra de (67 pacientes) y de 48 años a mas es el 0%.se muestra que la edad de la paciente sometidas a cesáreas en mayor porcentaje es de 18 a 47años.con 91.1%.

TABLA .2. GRADO DE INSTRUCCIÓN

| GRADO DE INSTRUCCION | TOTAL | % |
|----------------------|-------|------|
| Sin estudio | 9 | 6.1 |
| Primaria | 28 | 19.2 |
| Secundaria | 54 | 37 |

| | | |
|----------|-----|------|
| Superior | 55 | 37.7 |
| Total | 146 | 100 |

Oficina de estadística y informática del Hospital "Ernesto German Guzmán Gonzales" Nivel II-1 de Oxapampa- Pasco



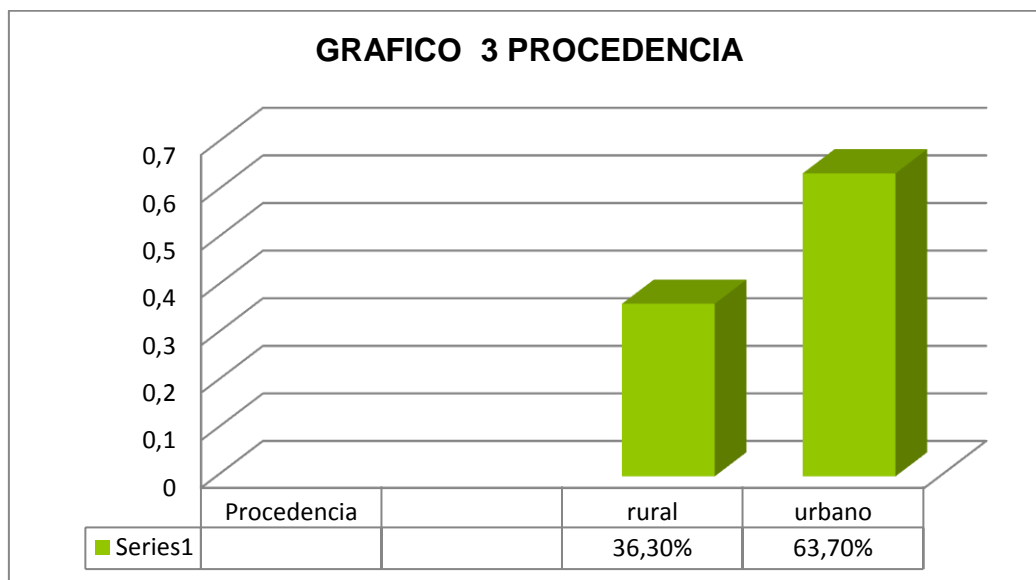
En el grafico 2. Concerniente a grado de instrucción se observa: sin estudio el 6.1% muestra de (9 pacientes) en porcentaje menor, en pacientes con instrucción primaria es de 19.2% de muestra de (28 pacientes) con estudio secundarios fue de 37% de muestra de (54 pacientes) de estudios superiores fue 37.7% de muestra de (55 pacientes).el porcentaje alto de cesárea es en personas con preparación superior.

TABLA. 3. PROCEDENCIA

| PROCEDENCIA | TOTAL | % |
|-------------|-------|------|
| Rural | 53 | 36.3 |
| Urbano | 93 | 63.7 |

| | | |
|-------|-----|-----|
| Total | 146 | 100 |
|-------|-----|-----|

Oficina de informática y estadística del Hospital "Ernesto German Guzmán Gonzales" Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco.



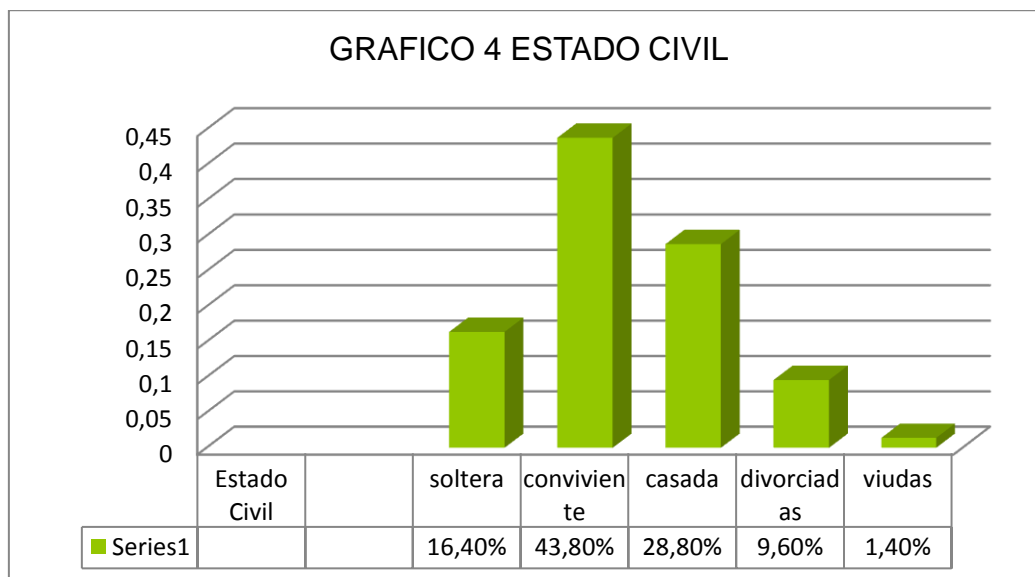
En el grafico 3. En cuanto a procedencia se observa las cesáreas en la zona rural es de 36.3% muestra de (53 pacientes) y en la zona Urbana de 63.7% de muestra de (93 pacientes). Se observa predominio de cesárea de la zona Urbana.

TABLA .4. ESTADO CIVIL

| ESTADO CIVIL | TOTAL | % |
|--------------|-------|------|
| Soltera | 24 | 16.4 |
| Conviviente | 64 | 43.8 |

| | | |
|------------|-----|------|
| Casado | 42 | 28.8 |
| Divorciado | 14 | 9.6 |
| Viuda | 2 | 1.4 |
| Total | 146 | 100 |

Oficina de informática y estadística del Hospital "Ernesto German Guzmán Gonzales" Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco.



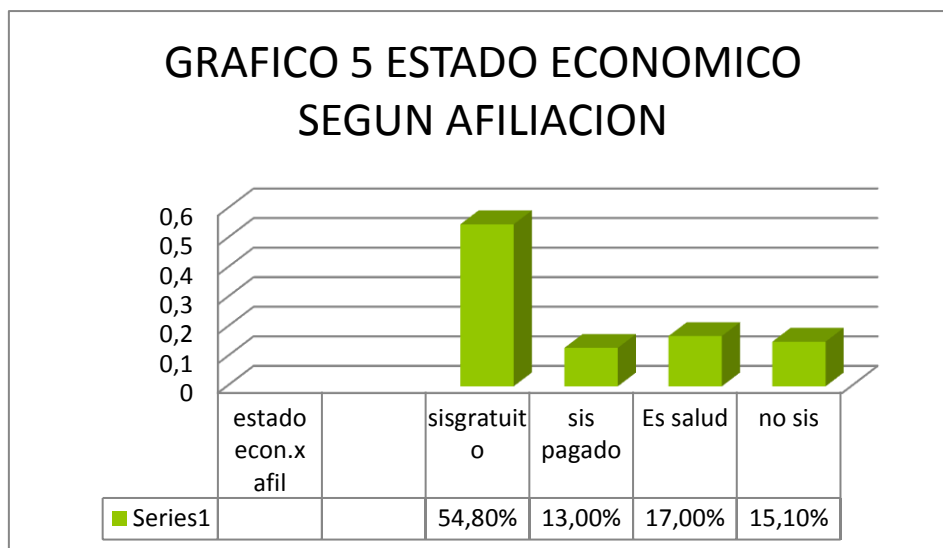
En el grafico 4. En cuanto a estado civil se observa: soltera de 16.4% de muestra de (24 pacientes) en caso de convivientes se observa en porcentaje mayor de 43.8% muestra de (64 pacientes) casados en 28.8% muestra de (42 pacientes) en divorciado el 9.6% muestra de (14 pacientes) y viudas el 1.4% muestra de (2 pacientes). la mayor numero de cesárea concerniente a estado civil es en parejas convivientes.

TABLA .5. ESTADO ECONOMICO SEGÚN AFILIACION

| CONDICIÓN ECONOMICO | TOTAL | % |
|---------------------|-------|------|
| SIS gratuito | 80 | 54.8 |
| SIS pagado | 19 | 13 |

| | | |
|---------------|-----|------|
| Es salud | 25 | 17 |
| Ningún seguro | 22 | 15,1 |
| Total | 146 | 100 |

Oficina de informática y estadística del Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco.



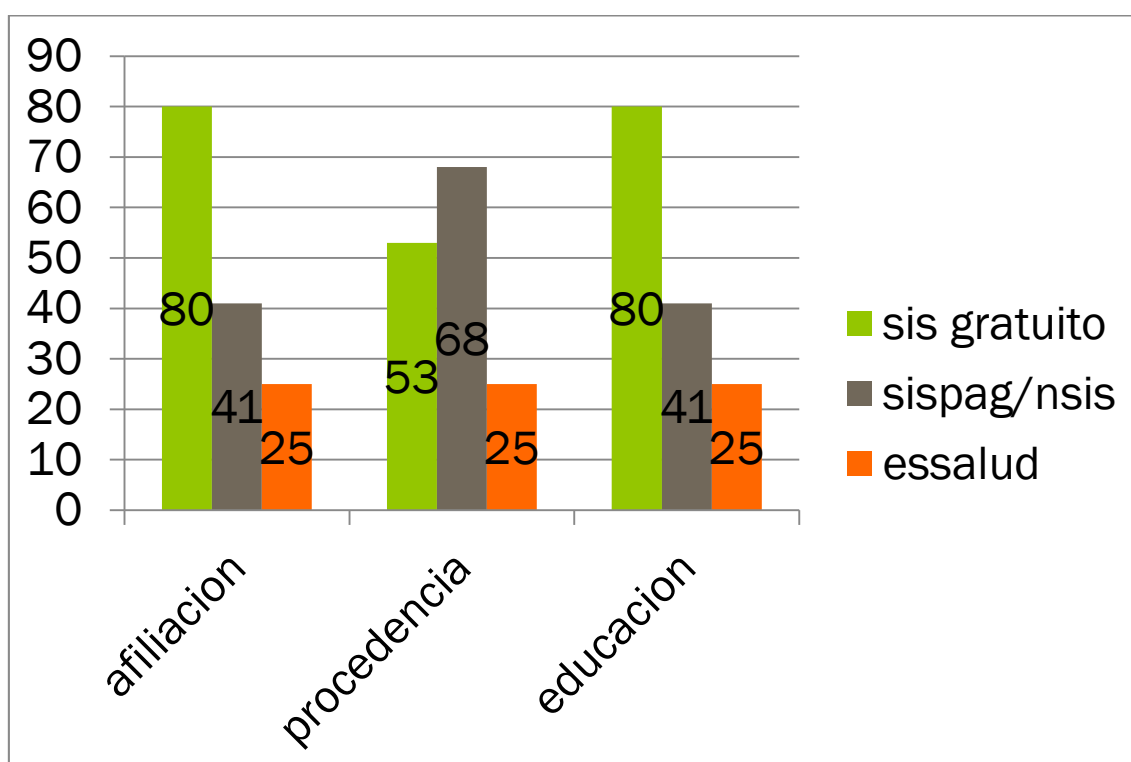
En el grafico 5. En cuanto al estado económico se realiza según afiliación corresponde al SIS gratuito de 54.8% de muestra de 80 pacientes, al SIS pagado es del 13% de muestra de 19 pacientes y al Es salud corresponde al 17% de muestra de 25 pacientes y el 15.1% corresponde a pacientes que no cuentan con ningún tipo de seguro.

CUADRO COMPARATIVO DE VARIABLES DE CAUSAS SOCIO DEMOGRAFICAS

| ESTADO ECONOMICO SEGÚN AFILIACION | TOTAL | % | PROCEDENCIA | TOTAL | % | EDUCACIÓN | TOTAL | % |
|-----------------------------------|-------|---|-------------|-------|---|-----------|-------|---|
| | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---------------|-----|------|-------------|----|------|-------------|-----|------|
| SIS GRATUITO | 80 | 54.8 | ZONA RURAL | 53 | 36.3 | SIN ESTUDIO | 9 | 6.2 |
| | | | | | | PRIMARIA | 28 | 19.2 |
| | | | | | | SECUNDARIA | 43 | 29.4 |
| | | | | | | TOTAL | 80 | 54.8 |
| SIS PAGADO | 19 | 13 | ZONA URBANA | 93 | 63.7 | SECUNDARIA | 11 | 7.5 |
| NINGUN SEGURO | 22 | 15.1 | | | | SUPERIOR | 55 | 37.7 |
| ES SALUD | 25 | 17.1 | | | | TOTAL | 66 | 45.2 |
| TOTAL | 146 | 100 | | | | | 146 | 100 |

En cuanto al cuadro comparativo de variables de causas socios demográficos podemos mencionar el estado económico se determinó por evaluación de SISFOH



CAUSAS MATERNAS

TABLA, 1. CAUSAS MATERNAS

| CAUSAS MATERNAS(| TOTAL | % |
|-------------------------------------|-------|------|
| Antecedentes quirúrgico primera vez | 51 | 35 |
| HIE | 24 | 16.4 |
| Periodo inter genésico corto | 21 | 14.4 |
| Antecedentes quirúrgico por 2 vez | 15 | 10.3 |
| Pélvicas | 12 | 8.2 |
| Periodo inter genésico largo | 8 | 5.5 |
| Otros | 5 | 3.4 |
| Total | 136 | 93.2 |

Oficina de informática y estadística del Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales”
Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco.

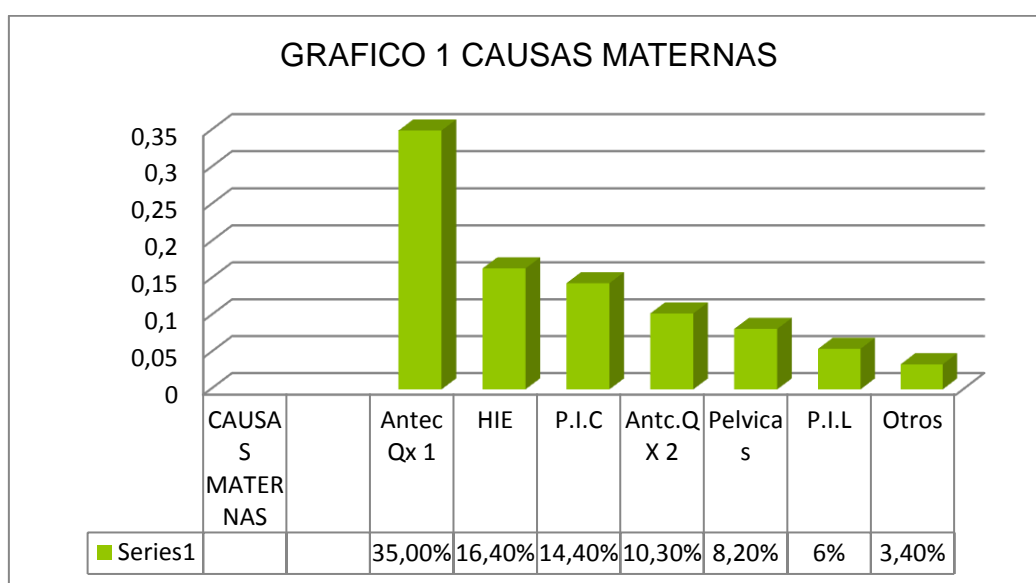


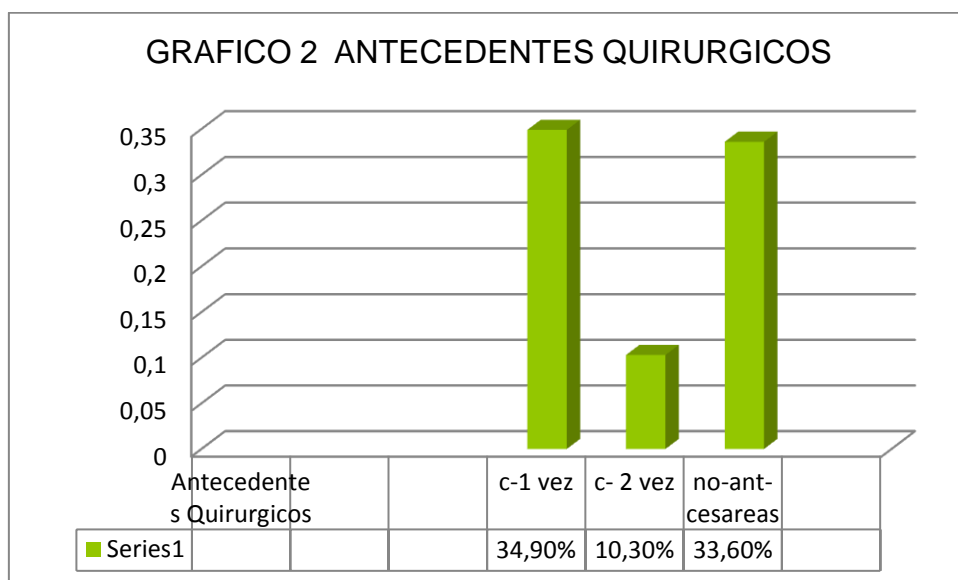
Grafico 1. En cuanto a las causas maternas: Antecedentes Quirúrgicos por primera vez fue 35% de muestra de 51pacientes,y HIE fue el 16.4% de 24 pacientes, de P.I.C fue de 14.4% de muestra de 21 pacientes , de Antecedentes quirúrgicos por 2 vez 10.3% de muestra de 15 pacientes, pelvianas el 8.2% de muestra de12 pacientes, P.I.L fue el 5.5%demuestra(8pacientes),Otrosseconsideragemelare(2),hemorragias(2),condilomatosis (1) que hacen el 3.4% de muestra(5 pacientes.).

TABLA. 2. ANTECEDENTES QUIRURGICOS

| ANTECEDENTES QUIRURGICOS | TOTAL | % |
|--------------------------|-------|---|
|--------------------------|-------|---|

| | | |
|---------------------------------|-----|------|
| Cesareada 1 vez | 51 | 34.9 |
| Cesareada 2 vez | 15 | 10.3 |
| No presenta antecedente cesárea | 51 | 34.9 |
| Total | 117 | 80.1 |

Oficina de informática y estadística del Hospital "Ernesto German Guzmán Gonzales"
Nivel II-1 de Oxapampa. Pasco.

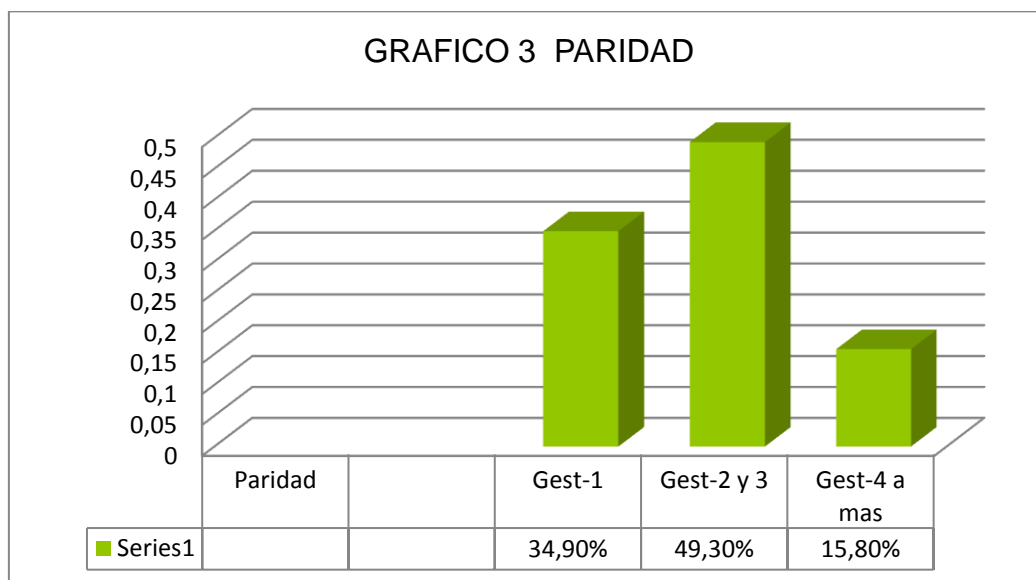


En el grafico 5. En cuanto a los s antecedentes Quirúrgicos de los pacientes se puede observar: cesárea por primera vez fue el 34.9% muestra de (51 pacientes) cesárea por segunda vez fue 10.3% muestra de (15 pacientes) ningún antecedente de cesáreas 34.9% muestra de (49 pacientes).

TABLA .3. PARIDAD

| PARIDAD | TOTAL | % |
|----------------------|-------|------|
| Gestación 1 | 51 | 34.9 |
| Gestación 2-3 | 72 | 49.3 |
| Gestación de 4 a más | 23 | 15.8 |
| Total | 146 | 100 |

Oficina de informática y estadística del Hospital "Ernesto German Guzmán Gonzales" Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco.

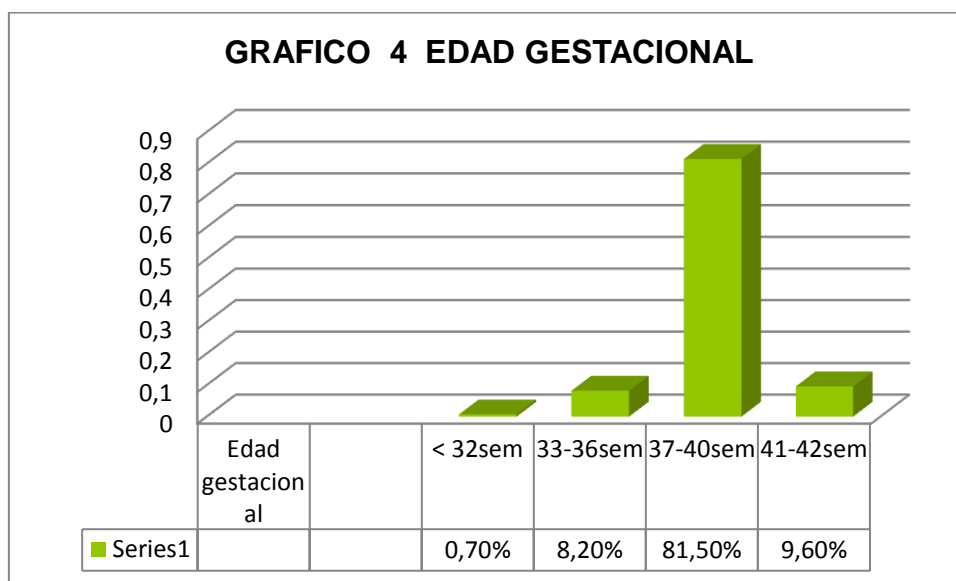


El grafico 2. En cuanto a paridad se puede observar en Primer gestación fue de 34.9% de muestra de (51 pacientes) en gestación por segunda y tercera vez fue de 49.3% de muestra de (72 pacientes) y de gestación de cuarta a más fue de 15.8% de muestra de (23 pacientes).

TABLA .4. EDAD GESTACIONAL

| EDAD GESTACIONAL | TOTAL | % |
|------------------|-------|------|
| < de 32 sem | 1 | 0.7 |
| 33 a 36 sem | 12 | 8.2 |
| 37 a 40 sem | 119 | 81.5 |
| 41 a 42 sem | 14 | 9.6 |
| Total | 146 | 100 |

Oficina de Informática y estadística del Hospital "Ernesto German Guzmán Gonzales Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco.

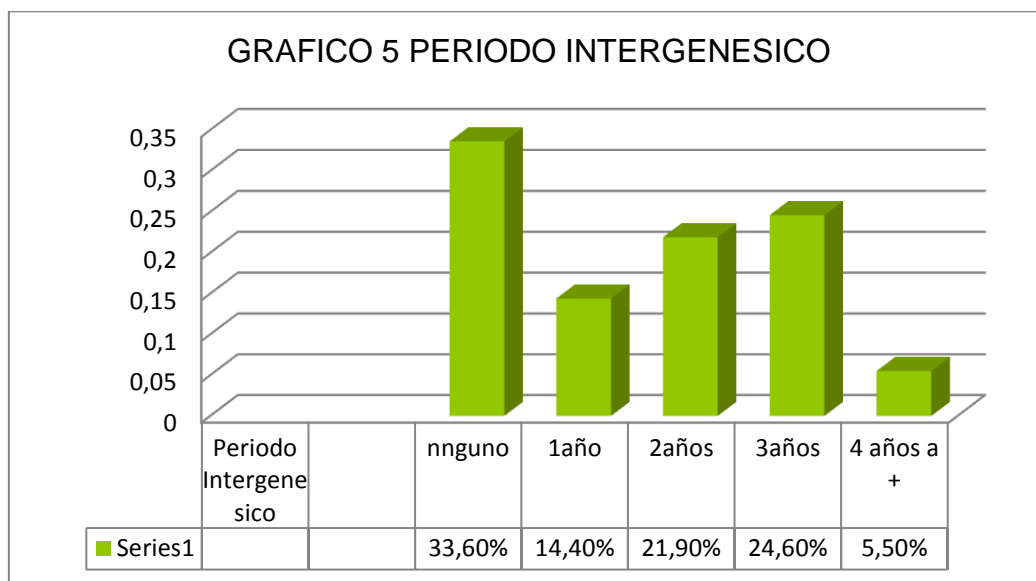


El grafico 3. En cuanto a la Edad gestacional se observa en menor de 32 semanas corresponde al 0.7% muestra de (1 pacientes) y entre 33 a 36 semanas (RN pre-termino) fue de 8.2% muestra de (12 pacientes) de 37 a 40 semanas (RN a término) fue de 81.5% muestra de (119 pacientes) y de 41 a 42 semanas (RN pos-termino) ocupa el 9.6% muestra de (14 pacientes) del total.

TABLA .5. PERIODO INTERGENESICO

| PERIODO INTERGENESICO | TOTAL | % |
|-----------------------|-------|------|
| Ninguno | 51 | 34.9 |
| Menor de 2 años (PIC) | 21 | 14.4 |
| 2 año | 32 | 21.9 |
| 3 año | 34 | 23.3 |
| 4 años a más (PIL) | 8 | 5.5 |
| Total | 146 | 100 |

Oficina de estadística e informática del Hospital "Ernesto German Guzmán Gonzales" Nivel II-1 de Oxapampa- Pasco.

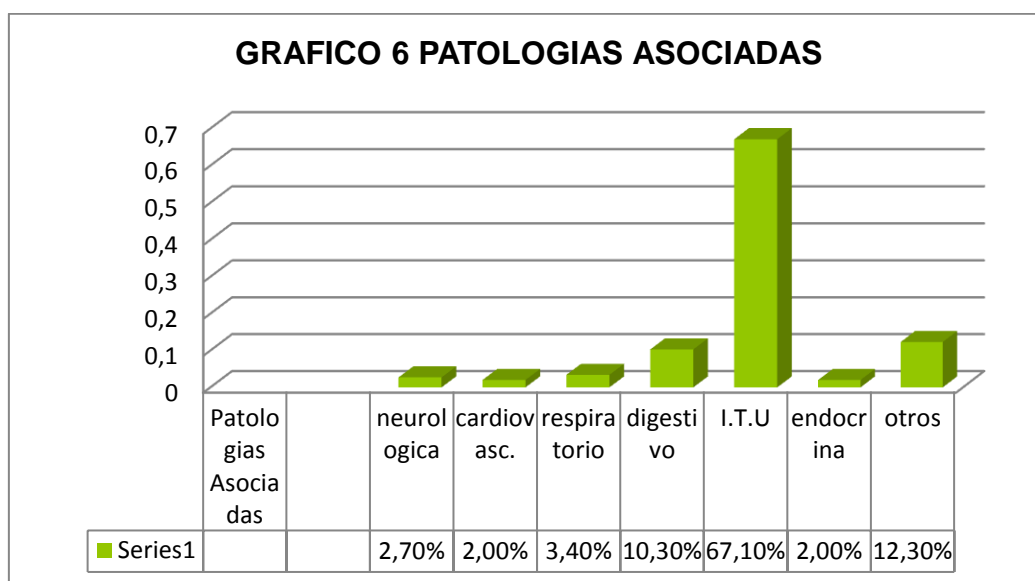


En el grafico 4 En cuanto a P.I.C fue de 14.4% de muestra (21 pacientes) al 2do año fue 21.9% muestra de (32 pacientes) al tercer año fue 23.3% muestra de (34 pacientes) de P.I.L fue de 5.5% muestra de (8 pacientes). 51 pacientes Se realizaron cesárea por primera vez que hace el 34.9%.

TABLA .6. PATOLOGIAS ASOCIADAS

| PATOLOGIAS ASOCIADAS | TOTAL | % |
|------------------------------|-------|------|
| Neurológicas | 4 | 2.7 |
| Cardio vascular | 3 | 2.1 |
| Aparato respiratorio | 5 | 3.4 |
| Sistema digestivo | 15 | 10.3 |
| Infección de tracto urinario | 98 | 67.1 |
| Endocrino | 3 | 2.1 |
| Otros | 18 | 12.3 |
| Total | 146 | 100 |

Oficina de informática y estadística del Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco.



En el grafico 6. En cuanto a las patologías asociadas se observa en Neurológicas fue del 2.7% muestra de (4 pacientes) cardiovascular fue del 2% muestra de (3 pacientes) respiratorios fue de 3.4% muestra de (5 pacientes) digestivos fue del 10.3% muestra de (15 pacientes) infección del tracto urinario fue el 67.1% muestra de (98 pacientes) endocrino fue de 2% muestra de (3 pacientes) otros fue de 12.3% muestra de (18 pacientes).el mayor porcentaje de patologías asociados para ser sometidas a cesáreas es la Infección tracto urinario.

TABLA .1. CAUSAS FETALES

| CAUSAS FETALES | TOTAL | % |
|-------------------------|-------|-----|
| Sufrimiento fetal agudo | 7 | 4.8 |
| Distocias funiculares | 3 | 2 |
| Total | 10 | 6.8 |

Oficina de informática y estadística del Hospital "Ernesto German Guzmán Gonzales"
Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco.

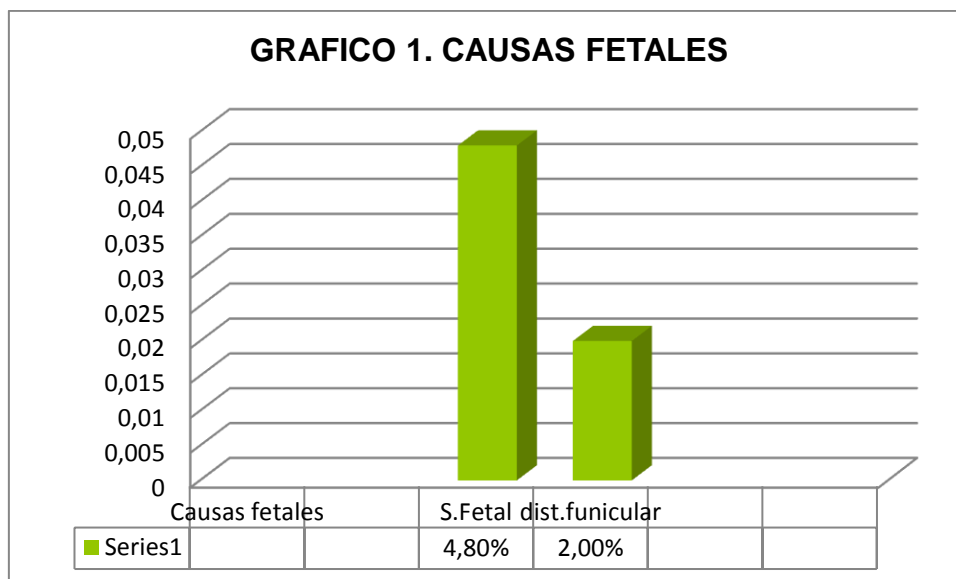


Grafico 1. En cuanto a las causas fetales: sufrimiento fetal fue el 4.8% de muestra (7 pacientes) distocia funicular fue el 2% de muestra de 3 pacientes.

5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1 verificación o contrastación de objetivos y problema

La frecuencias de cesáreas, encontramos que en EE. UU. la frecuencia más alta (en el año 2010) corresponde a un 32%; así mismo en algunos Hospitales de España encontramos que presentan tasa de frecuencia de 24% (en el año 2009). (49).

De acuerdo a los resultados encontrados en el presente estudio, la frecuencia de cesáreas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco.2014 fue 24.5%, superando el 37.8% de frecuencia de cesáreas que alcanzó en el año 2011. Frente a esta realidad el presente trabajo demuestra que la frecuencia de partos por cesárea supera notablemente la recomendación de la OMS (incidencia menor o igual a 15%) y a la vez evidencia un aumento cada año. (49).

Claramente se aprecia una cifra alarmante, donde la frecuencia de cesárea supera casi en un 300% lo estipulado por la OMS; existen muchos factores por analizar, quizá el más importante sería identificar los días y horarios donde se produce con mayor frecuencia las cesáreas, y de esta manera identificar a los profesionales gineco-obstetras encargados de realizar este procedimiento quirúrgico. Además la formación de una comisión fiscalizadora contribuiría enormemente al control y reducción de la tasa de frecuencia de cesárea dentro del hospital, ya que a mi parecer existe muy poco control en la toma decisión sobre este procedimiento quirúrgico.

Analizando los datos estadísticos de nuestro espacio muestra, podemos apreciar que 34.9 % de las cesáreas (equivalente a 51 pacientes) no tenían antecedentes de cesárea anterior y fueron sometidas a este procedimiento quirúrgico por primera vez, durante el periodo Enero-Diciembre 2014, este dato cobra mayor relevancia cuando en un gráfico posterior se aprecia que el 34.9% de las pacientes eran primigestas; es decir por cada 10 mujeres cesareadas, 7 no tenían antecedentes de cesáreas y 4 de ellas gestaban por primera vez.

Entonces, si en la actualidad la cesárea anterior es uno de los diagnósticos operatorios más frecuentes ¿cuál era el criterio diagnóstico para indicar una cesárea a pacientes sin antecedente de cesárea ni gestación anterior? Probablemente podemos suponer que el criterio clínico tuvo un rol importante en la toma de esta decisión.

Otro punto importante a tener presente es quizá el temor de los profesionales de la salud a probables complicaciones y posteriores demandas judiciales (muy frecuentes por parte de la población en la actualidad), por lo que esta situación subjetiva puede condicionar al aumento del número de cesáreas por cada turno operatorio.

Revisando los datos estadísticos obtenidos en las tablas posteriores se evidenció que el rango de edades de las pacientes cesareadas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco., estaba entre 18 a 47 años, siendo el porcentaje más elevado un 91.1% (equivalente a 133 pacientes cesareadas) el cual representaba al rango de edades, entre 12 a 17 años mujeres adolescentes se evidencia que 8.9% (equivalente a 13 pacientes) corresponden a pacientes primigestas; seguido de un 34-9% (equivalente a 51 pacientes) las cuales solamente han tenido un hijo.

Otro dato importante se evidenció al encontrarse que la mayor frecuencia de cesáreas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco. en el periodo Enero-Diciembre 2014 fueron realizadas a pacientes que se encontraban entre las 37 y 40 semanas (81.5% de la muestra); . Con esto podemos inferir que la causa de la mayor cantidad de pacientes cesareadas no incluída gestantes cuyo producto era pre termino, ni de bajo peso; siendo otras las causas de cesárea a considerar.

Además, el objetivo principal de esta tesis, al analizar los datos estadísticos obtenidos en este estudio, hemos podido encontrar que las principales indicaciones de cesárea en las gestantes del Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco., son: antecedentes quirúrgicos por primera vez y segunda vez fue del 59.6%

Por último, se ha podido apreciar que la frecuencia de cesárea de tipo electiva (11.4%) es mucho mayor que la frecuencia de cesáreas de emergencia (8.2 %); lo preocupante de este resultado se debe al temor de que este procedimiento quirúrgico deje de ser utilizado con fines netamente medico asistenciales y se vuelva una intervención quirúrgica realizada por razones de carácter subjetivo donde la propia paciente decide si desea o no realizarse este tipo de procedimiento, o convertirse en una intervención quirúrgica netamente económica donde es el propio médico quien aumenta la frecuencia de cesárea, al traer al hospital, sus pacientes del sector privado.

Por tal motivo, es de mi parecer, que en los diferentes hospitales del país (en especial de Lima) deberían realizarse múltiples trabajos de investigación de este tipo, con la finalidad de establecer un antecedente de cifras estadísticas que demuestren el incremento año por año de la frecuencia de cesáreas en nuestro país; para que en un futuro puedan servir de base y punto de partida para la realización de otro tipo de investigaciones donde se relacionen las variables encontradas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Además, a pesar de no ser el objetivo principal de esta tesis, al analizar los datos estadísticos obtenidos en este estudio, hemos podido encontrar que las principales indicaciones de cesárea en las gestantes del Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco., son: Cesáreas anteriores, Periodo Inter-genésico corto, HIE, Estrechez pélvica (macrosomía fetal. DCP) Al igual de muchos otros Hospitales de Lima, del interior del País y de Latinoamérica. Sin embargo lo curioso en este estudio es que existe una diversidad de diagnósticos pre quirúrgico para este procedimiento, muchos de ellos con frecuencia muy bajas probablemente por la falta de homogeneidad en los criterios diagnósticos para cesárea.

Por último, se ha podido apreciar que la frecuencia de cesárea de tipo electiva (11.4%) es mucho mayor que la frecuencia de cesáreas de emergencia (8.2 %); lo preocupante de este resultado se debe al temor de que este procedimiento quirúrgico deje de ser utilizado con fines netamente medico asistenciales y se vuelva una intervención quirúrgica realizada por razones de carácter subjetivo donde la propia paciente decide si desea o no realizarse este tipo de procedimiento, o convertirse en una intervención quirúrgica netamente económica.

Por tal motivo, es de mi parecer, que en los diferentes hospitales del país (en especial de Lima) deberían realizarse múltiples trabajos de investigación de este tipo, con la finalidad de establecer un antecedente de cifras estadísticas que demuestren el incremento año por año de la frecuencia de cesáreas en nuestro país; para que en un futuro puedan servir de base y punto de partida para la realización de otro tipo de investigaciones donde se relacionen las variables encontradas.

A pesar que la frecuencia de cesáreas en nuestro país muestra un valor estadístico de 15%, esta situación epidemiológica varía mucho entre cada región. Debemos suponer que este promedio probablemente esconde cifras muy altas, de las zonas urbanas -hospitales y clínicas - y cifras muy bajas de las zonas rurales, con poco acceso a los centros de salud.

La conclusión principal consiste en que: el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” nivel II-1 de Oxapampa-Pasco durante el periodo Enero a Diciembre del 2014 la frecuencia de cesárea, representa un 24.5% del total de nacimientos registrados en ese periodo de tiempo; claramente se evidencia un valor por encima de lo estipulado a nivel mundial y a nivel nacional; además se aprecia que esta tendencia se viene presentando en los últimos años, como se puede apreciar en el año 2011, donde la frecuencia de cesárea alcanzó un valor de 37.8 % del total de nacimientos registrados.

Ante estas cifras estadísticas podemos concluir que,

- La parte logística e informática es deficiente como también la comunicación por Internet.
 - Se tuvo mucha dificultad para la investigación por que se cuenta con un solo personal para la digitación del his mis.
-
- ✓ El 34.9% de las pacientes cesareadas durante este año no tenían antecedente de cesárea anterior por primera vez y por segunda vez el 10.3%.
 - ✓ El 16.4% de pacientes cesareadas presentaron HIE, Preclampsia.
 - ✓ El 14.4% de pacientes cesareadas fueron por P.I.C y el 5.5% P.I.L.
 - ✓ El 34.9% de las pacientes cesareadas (es decir más de la tercera parte del total) eran primigestas 10%.
 - ✓ El 81.5% de las pacientes cesareadas se encontraban entre las 37-40 semanas de gestación.
 - ✓ El 4.8% de pacientes fueron cesareadas por presentar sufrimiento fetal y el 2% distocia funicular.
 - ✓ El 91.% se trataba de mujeres adultas jóvenes (entre los 18 a 47 años años)y el 8.9% entre los 12 a 17 años mujeres adolescentes
 - ✓ El 37.7% de pacientes que fueron cesareadas tienen estudios superiores y el 37% tienen estudios secundarios y el 19.2% tienen estudios de primaria y el 6.1% ningún estudio.
 - ✓ El 63.7% de pacientes son de la zona Urbana y el 36.3% son de la zona rural.

- ✓ El 54.8% de pacientes tienen el sis gratuito, el 13% tienen el sis pagado y el 17% de pacientes pertenecen al Es salud y el 15.1% de pacientes no cuentan con ningún tipo de seguro.
- ✓ El 43.8% de pacientes cesareadas son convivientes, el 28.8% son casados, el 16.4% son solteras, el 9.6% divorciados y el 1.4% son viudas.

Por último, a pesar de que el objetivo de este trabajo de investigación, al analizar las múltiples causas de cesárea (como ya se mencionó) se evidenció una gran heterogeneidad de diagnósticos operatorios, siendo los más frecuentes: antecedentes quirúrgicos, periodo inter-genésico corto, Pélvicas (Desproporción céfalo pélvica (macrosomía fetal) representadas en 8.2 %, HIE, pre-clampsia representada en 16.4 %, sufrimiento fetal agudo y distocia funicular representadas el 6.8%

Con todos estos resultados se concluyó que no se hace uso de la normativa o guía institucional dentro del servicio de gineco-obstetricia que establezca los criterios diagnósticos, que sea de conocimiento completo y que sea acatado en su plenitud por parte de los médicos del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital "Ernesto German Guzmán Gonzales" Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco.

RECOMENDACIONES:

- Realizar anualmente investigaciones científicas similares y mantener una base de datos con las cifras estadísticas halladas con la finalidad de obtener un punto de partida y/o referencia para futuras investigaciones.
- Definir claramente en las Historias Clínicas el Diagnóstico Principal para realizar la intervención quirúrgica.
- Establecer el uso de normativas y/o guías de manejo institucional, con el fin de justificar los diagnósticos operatorios y disminuir el número de cesáreas.
- Crear una comisión de control dentro del servicio de Gineco-Obstetricia encargada de analizar la tasa de frecuencia de cesáreas cada mes, identificando a los médicos asistentes con más alta incidencia de cesárea.
- Considerar el chance vaginal con el uso correcto de partograma a fin de posibilitar el parto vaginal en las pacientes que han tenido una cesárea previa y no presentan otra complicación obstétrica.
- Mejorar coordinación con la parte logística e informática como también para la instalación de red de internet para los diferentes servicios del hospital Ernesto German Guzmán Gonzales II-1 de Oxapampa.
- Incrementar y/o contratar personal para digitación.

7. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Publicaciones (DBI/E) 525 Twenty-third Street, EUA, Washington.2012 Pp. 113.
2. Quispe Antonio M. Santivañez Pimentel Alvaro, Leyton Valencia, Imelda Cesáreas en siete Hospitales Públicos de Lima: Analisis de tendencias en periodos-Perú, Lima 2008. Revista indexada Peruana de Medicina Experimental de Salud de Pública 2010; 27(1). 46.
3. Arrieta Herrera, Alejandro y Riesco de la Vega, Gloria Eficiencia Hospitalaria y Calidad en la atención Perinatal de ESSALUD. ¿ Ser eficientes salva vidas? Perú Lima 2008 Pg. 13.
4. Manzano Espejo, Giancarlo, Incidencia y factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005-2009, Perú, Lima, 2009 Pg 5.
5. Quispe Antonio M. Ibid, 2010; 27(1) 45-50.
6. Antonio Quispe, Santivañez Pimentel, Alvaro y et al. Cesárea. En siete Hospitales públicos de Lima, análisis de tendencias en el periodo 2001-2008 Rev Scielo Perú Med, exp. Salud pública v. 27 n. I Lima mar. 2010
7. Ortiz Lee, Complicaciones del parto vaginal en pelviana versus cesárea. Rev. Scielo Cuba Rev. Cubana ObstetGinecol v. 24 n. 2 Ciudad de la Habana Mayo-ago 2008: 8.
8. Zighelboim, Tic. Sanchez, William, ¿Cesárea una panacea? Rev. Scielo Venezuela Rev ObstetGinecol Venez v. 67 n. 4 Caracas dic. 2007 4-10.
9. Beltran AP. Merialdi M,Lauer JA y et al. Tasas de Cesáreas; análisis de los estimados regionales y nacionales, Scielo USA Panamericana de la Salud Pública vol. 21 n 4 Washington Apr. 2007.
10. Lindo, Misael et, al, Parto vaginal en cesáreada anterior experiencia de cuatro años en un Hospital de la Seguridad Social Perú, Lima 2000 – 2004 Revista peruana de Ginecología y obstetricia 2004, 50: 217-222.
11. Pavón León Patricia Gogeoascoechea Trejo Maria del Carmen, Ramirez Muro Miguel, Landa Ortiz Victor, frecuencia e indicaciones de la operación cesárea en el Hospital Escuela de la Universidad veracruzana, Instituto de ciencias de la Salud Universidad Veracruzana. México, Xalapa. 2002 Pg. 7.
12. Curay Jimenez, Richar Edgar y Garcia Zarate, Christian Fernando Tesis: Frecuencias y complicaciones maternas en partos vaginales con cesárea previa .Hospital de Apoyo N° 01 “ José Alfredo Mendoza Olavarria” Julio 2001 Perú, Tumbes, 2002 Pg,30
13. Balizán y et, al frecuencias de cesáreas en países menos desarrollados 2007 pag. 33
14. Tavera Orozco Luis, tendencia de cesáreas 1962-1992 pag.2
15. Huamán Berrios, Julio Enrique Historia de la Obstetricia ensayo sobre algunas ideas de la Obstetricia Perú, Huancayo, 2004. Pp. 23-28.
16. Huamán Berrios, Julio Enrique, Ibid, 2004 Pg.27.

17. Pardo De Vélez Graciela, et al, Investigación en salud: Factores sociales, Colombia Santa Fé de Bogotá. MC GRAW HIL. 1989 Reimpreso 2010 Pp.335.
18. Ministerio de Salud Perú; Hospital Santa Rosa: Guía práctica clínica Médico Quirúrgica, Lima 2008. Pg. 36.
19. Ministerio de Salud Perú: Hospital Santa Rosa. Ibid, Pg.37.
20. Ministerio de Salud Perú: Santa Rosa Ibid. Pg.38.
21. Besio, Mauricio, Cesárea versus parto vaginal. Una perspectiva ética. Rev, Scielo Chile med v, 127 n 9 Santiago set. 1999.
22. Wikipedia la enciclopedia libre modificada 16/10/15 marca registrada.
23. Jose Fernando Echais 2004 citado por 12 articulos realización de cesáreas por complicaciones análisis descriptivo, transversal y retrospectiva.
24. Hirsch L. Cesáreas. [Sitio en internet]. Consultado en: 06 de Mayo de 2012. Disponible en: http://kidshealth.org/parent/en_espanol/embarazo/c_sections_esp.html#.
25. Abalos E. Tecnicas y materiales alternativos para cesárea, Abril 2009. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/caesarean/CD004663_a_balose_com/es
26. Departamento de Epidemiología del Hospital "San José" del Callao. Registro N 139 – 2012 – GRS – UEPISA – HSJ
27. Rubio M, Ángel M. Operación Cesárea. En: Orlando P, Angel M. Obstetricia Integral Siglo XXI. Bogota-Colombia: Albarracin García; 2009.302.
28. Manzano E. Incidencia y factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 - 2009. [Tesis para optar el Título Profesional de Especialista en Ginecología y Obstetricia] Lima, Perú. Universidad de San Martín de Porres; 2011.
29. Chávez R. Análisis estadístico de los factores de riesgo que influyen en el médico para la operación por cesárea a pacientes atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal – 2002. [Tesis para optar el grado de Licenciado en Administración en Establecimientos en Salud] Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2005.
30. Oshiro E. Cesárea, tasa, indicaciones y factores de morbilidad materno perinatal asociados en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en el período 2003-2005. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2007.
31. Santiago E. Factores asociados a complicaciones postoperatorias en pacientes sometidas a cesárea. [Tesis para optar el Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia] Lima, Perú. Universidad de San Martín de Porres; 2011. 60
32. Patiño G. Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes. [Sitio en internet]. Consultado : 15 Mayo 2012. Disponible en: http://www.uap.edu.pe/Investigaciones/Esp/Revista_1502_Esp_03.pdf

33. Puente A. Incidencia y Factores asociados al riesgo de tener hijos de bajo peso al nacer en mujeres con cesárea iterativa, Centro Médico Naval 2008 [Tesis para optar el Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia] Lima, Perú. Universidad de San Martín de Porres; 2009.
34. Gonzales J, Gonzales R. Indicaciones de cesárea segmentaria en adolescentes; Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti", Barcelona. Estado Anzoátegui en el año 2007. [Tesis para optar el grado de Médico Cirujano] Barcelona, España. Universidad de Oriente; 2009
35. Saucedo D. La adolescencia ¿es un factor de riesgo para cesárea? [Tesis para optar el grado de Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia]Colima, México. Universidad de Colima; 2006.
36. Villaverde R. Variaciones en la utilización de cesárea en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud.[Tesis para optar el título de Especialista en Ginecología y Obstetricia] Zaragoza - España. Universidad de Zaragoza; 2009.
37. Casagrandi C, Perez P. Areces D, et al. Tendencias de algunos indicadores relacionados con la cesárea. Rev Cubana Obstet Ginecol 2007; 33(3): 1
38. Lugones M. La cesárea en la historia. Rev Cubana Obstet Ginecol.2001;27(1):53-6
39. Medline Plus. Cesárea. [sitio en internet]. Consultado: 11 de agosto de 2012. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/cesareansection.html>
40. Moreno O, Félix C. Cesárea. En: Bravo A. Manual de Maniobras y Procedimientos en Obstetricia. 4° ed. México D.F: McGraw-Hill Interamericana; 2006.366-7
41. Echeverry J. Operación Cesárea. En: Cifuentes R. Obstetricia de Alto Riesgo.6°ed.Medellin, Colombia: Distribuna;2008.687. 61
42. Dirección General de Salud Reproductiva. Lineamiento técnico para la cesárea segura. [sitio en internet]. Consultado: 11 mayo de 2011. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf>
43. Pacheco J, Saona P. Cesárea. En: Pacheco J. Ginecología Obstetricia y Reproduccion.2°ed.Lima,Peru:Rep;2007.1322-24
44. Cabero L, Cabrillo E. Finalización del embarazo con cesárea. En: Cabero, Saldivar. Operatoria Obstétrica: una visión actual.5 edición. Chapultepec, México: Editorial Medica Panamericana; 2009.231-5.
45. Schwarcz, Sala, Duverges. OperacionCesarea. Obstetricia. En: Schwarcz. Obstetricia.6°ed.buenos Aires: El Ateneo;2005.703-8
46. Moreno O, Félix C. Cesárea. En: Bravo A. Manujal de Maniobras y Procedimientos en Obstetricia.4° ed. México D.F: McGraw-Hill Interamericana;2006.388

47. Diccionario Mosby Pocket de medicina y ciencias de la salud. 2ª ed. Madrid: Harcourt; 2002.
48. Organización de las Naciones Unidas. Guías de Práctica Clínica para la atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive. [sitio en internet] Consultado: 10 de mayo de 2011. Disponible en: <http://www.onu.org.pe/upload/documentos/MINSA-Guia-Atencionemergencias-Obstetricas.pdf>.
49. Análisis de la Situación de Salud (ASIS) 2012. Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental del Hospital San José. Callao. Lima 2013.

ANEXOS

Anexo N° 1

Instrumento

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

TÍTULO: FRECUENCIAS DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL NIVEL II-1 ERNESTO GERMAN GUZMAN GONZALES DE OXAPAMPA-PASCO DURANTE EL PERIODO 2014.

Objetivo: Determinar la Frecuencia de cesáreas en el Hospital General Nivel II-1 Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa-Pasco durante el año 2014

Año:.....

N°

La cesárea fue:

- a. Electiva (programada)
- b. Emergencia
- c. Urgencia.

2. Cuáles fueron las causas maternas de la cesárea:

- a. Pélvicas
- b. Enfermedades hipertensivas
- c. Hemorragias de segunda mitad de embarazo
- d. Embarazo múltiple
- e. Otros:.....

3. ¿Cuáles fueron las causas fetales de la cesárea:

- a. Sufrimiento fetal
- b . Otros.....

4. ¿Cuál es la edad de la paciente con cesárea:

- a. 12 a 17a
- b. 18 a 32a
- c. 33 a 47a
- d. 48 a más

5. ¿Cuáles son los antec. Quirúrgicos de pacientes que terminan en cesárea?

- a. Cesárea anterior 1 vez
- b. Cesárea anterior 2 vez
- c. Ningún antecedente de cesárea

6. ¿Cuáles son las patologías asociadas al embarazo que termina en Cesárea?

- a. Enfermedades neurológicas
- b. Enfermedades Respiratorias
- c. Enfermedades Cardiovasculares
- d. Enfermedades digestivas
- e. Enfermedades genitourinarias
- f. Enfermedades endocrinas
- g. Otras enfermedades

7. ¿Cuáles son la frecuencia de cesáreas asociadas con Paridad?

- a. un hijo
- b. 2 a 3 hijos
- c. 4 a más,

8. ¿Cuáles son la frecuencia de cesáreas según Edad Gestacional?

- a. < de 32 sem
- b. 33-36sem
- c. 37-40sem
- d. 41-42 sem

9. ¿Cuáles son las frecuencias de cesáreas según grado de Instrucción?

- a. sin estudio
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Superior

10. ¿Cuál es la frecuencia de cesáreas según periodo inter-genésico?

- a. > de 2 años PIC)**
- b. 2 a 3 años**
- c. más de 4 años (PIL)**

11. ¿Cuál es la frecuencia de cesáreas según procedencia?

- a. Zona rural**
- b. Zona urbana.**

12. ¿Cuál es la frecuencia de cesáreas según estado civil?

- a. Soltera**
- b. Conviviente**
- c. Casada**
- d. Divorciada**
- e. Viuda.**

13. ¿Cuál es la frecuencia de cesáreas nivel socio-económico según afiliación?

- a. SIS gratuito**
- b. SIS pagado**
- c. Es Salud**
- d. Ningún tipo de seguro**

Anexo N° 3

Matriz de Consistencia

Frecuencias de Cesáreas en el Hospital Nivel II-1 Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa-Pasco durante el periodo 2014.

| PROBLEMA | OBJETIVOS | VARIABLE | METODOLOGIA |
|---|--|--|---|
| <u>Problema General</u> ¿Cuánto es la frecuencia de cesáreas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales “Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco durante el periodo de 2014? | <u>Objetivo General</u> Determinar la frecuencia de cesáreas en el Hospital “ Ernesto German Guzmán Gonzales “Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco durante el periodo 2014 | V. Independiente Frecuencia de cesáreas | <u>Método</u> Deductivo |
| <u>Sub-Problema</u> 1. ¿Cuáles son las causas de cesáreas? | <u>Objetivo Específico</u> 1. Describir las causas de cesáreas | | <u>Nivel</u> Descriptivo |
| 2. ¿Cuáles son las patologías asociadas al embarazo que terminan en cesáreas? | 2. Describir los Patologías asociados al embarazo de las pacientes con cesáreas. | | <u>Muestra</u> Población de mujeres sometidas a parto por vía abdominal cesárea |
| 3. ¿Cuáles fueron las causas maternas de la cesárea? | 3. Describir las causas maternas de la cesárea. | | <u>Población:</u> Mujeres embarazadas que acuden al parto. |
| 4. ¿Cuáles fueron las causas fetales de la cesárea? | 4. Describir las causas fetales de la cesárea. | | <u>Población:</u> Mujeres embarazadas que acuden al parto. |
| 5. ¿Cuál son los antecedentes Quirúrgicos en los pacientes con cesárea? | 5. Describir los antecedentes quirúrgicos en las pacientes con cesárea | | <u>Población:</u> Mujeres embarazadas que acuden al parto. |

| | | | |
|--|---|--|--|
| 6. ¿Cuál es la frecuencia de cesárea según edad de la paciente? | 6. Describir la frecuencia de Edad de mujeres que termina en cesárea. | | <u>Diseño:</u> Epidemiologia |
| 7. ¿Cuál es la frecuencia de cesárea según paridad? | 7. Describir la frecuencia de cesáreas según paridad | | <u>Población:</u> Mujeres embarazadas que acuden al parto |
| 8. ¿Cuál es la frecuencia de cesárea según Edad Gestacional? | 8. Describir la frecuencia de cesáreas según Edad Gestacional. | | <u>Población</u> Mujeres embarazadas que acuden al parto. |
| 9. ¿Cuál es la frecuencia de cesáreas según grado de instrucción? | 8. Describir la frecuencia de cesáreas según grado de instrucción | | <u>Diseño:</u> Epidemiológico |
| 10. ¿Cuál es la frecuencia de cesáreas según periodo Inter genésico? | 9. Describir la frecuencia de cesárea según periodo inter genésico. | | <u>Población:</u> Mujeres embarazadas que acuden al parto. |
| 11. ¿Cuál es la frecuencia de cesáreas según procedencia? | 10. Describir la frecuencia de cesáreas según procedencia | | <u>Población:</u> Mujeres embarazadas que acuden al parto. |
| 12. ¿Cuál es la frecuencia de cesáreas según estado civil? | 12. Describir la frecuencia de cesáreas según estado civil. | | <u>Población:</u> Mujeres embarazadas que acuden al parto. |
| 13. ¿Cuál es la frecuencia de cesáreas nivel socio-económico por afiliación? | 13. Describir la frecuencia de cesáreas según nivel socio-económico | | <u>Población:</u> Mujeres embarazadas que acuden al parto. |

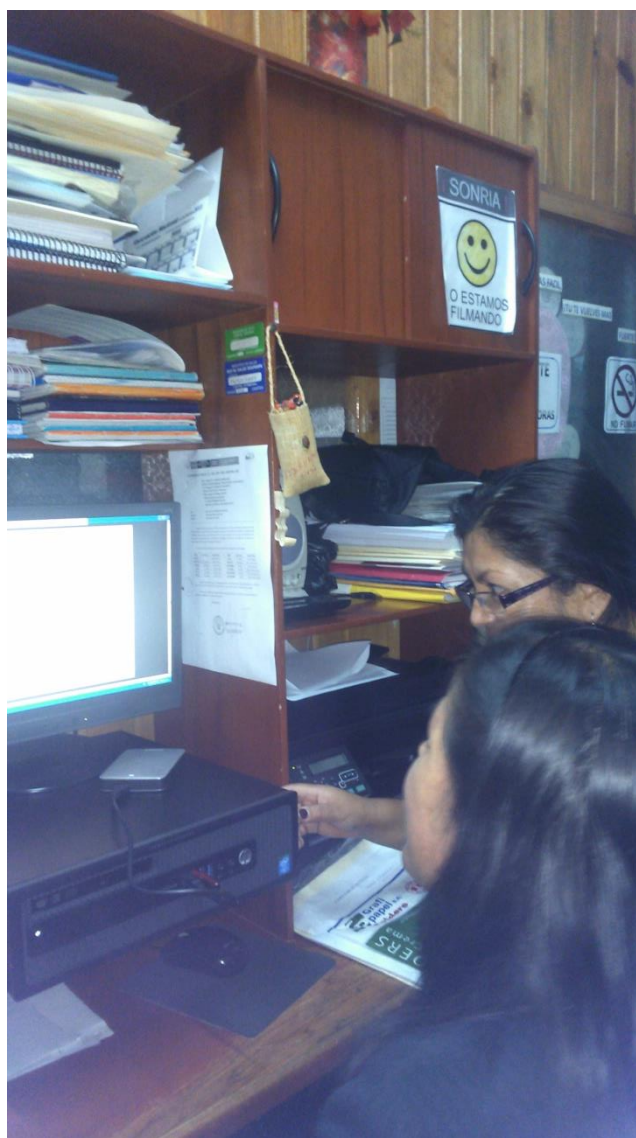
REPORTE GENERAL DE EGRESOS DE ESTANCIA HOSPITALARIA POR TIPO DE DIA

Ministerio de salud
Sistema estadístico Modulo-egresos
DISA : Pasco
EE.SS : Hospital de Oxapampa
RANGO: 01/01/14 al 31/12/14

| Nro | Apellidos y Nombres | sexo | tipo | | Distrito | ubigeo | FN | | Fecha egreso | | | est. | serv. | cond. | tipo | codigo | Diagnostico principal |
|-------|-----------------------------------|-------|------|---|-------------|--------|------------|----|--------------|---|---|------|-------|-------|------|--------|--|
| Hcl | | 1m/2f | | | | | | | | | | | | V7F | seg | | |
| 48707 | TORRES LOPEZ IVAN RODRIGO | 1 | 1 | 3 | CHONTABAMBA | 190302 | 2014 1 | 1 | 2014 | 1 | 2 | 1 | 31 | 1 | 1 | Z38.0 | Producto único, nacido en hospital |
| 48426 | LOPEZ AS TO JHOVANY AMPARO | 2 | 25 | 1 | CHONTABAMBA | 190302 | 2014 1 | 1 | 2014 | 1 | 2 | 1 | 41 | 1 | 1 | 80 | Parto único espontáneo, presentación cefálica de |
| 23281 | ALEJO CHUQUIN MAIDA S ARA | 2 | 30 | 1 | OXAPAMPA | 190301 | 2013 12 | 28 | 2014 | 1 | 2 | 5 | 41 | 1 | 1 | O80.0 | Parto único espontáneo, presentación cefálica de |
| 19015 | RODRIGUEZ SALAZAR ZOILA JEANNETTE | 2 | 24 | 1 | OXAPAMPA | 190301 | 2013 12 | 30 | 2014 | 1 | 2 | 3 | 21 | 1 | 0 | O82.0 | Parto por cesárea electiva |
| 38591 | YALICO CRUZ JUANA | 2 | 26 | 1 | OXAPAMPA | 190301 | 2013 12 | 30 | 2014 | 1 | 1 | 2 | 41 | 1 | 1 | O82.1 | Parto por cesárea de emergencia |
| 48685 | INOCENTE VILLANUEVA CELINA | 2 | 18 | 1 | POZUZO | 190305 | 2014 1 | 1 | 2014 | 1 | 3 | 2 | 41 | 1 | 1 | O80.0 | Parto único espontáneo, presentación cefálica de |
| 47809 | ORIZANO INOCENTE LUZ MARIA | 2 | 1 | 3 | POZUZO | 190305 | 2014 1 | 1 | 2014 | 1 | 3 | 2 | 31 | 1 | 1 | Z38.0 | Producto único, nacido en hospital |
| 48718 | PALERMO ALANIA YARITZA AILEN | 2 | 2 | 3 | CHONTABAMBA | 190302 | 2014 1 | 4 | 2014 | 1 | 7 | 3 | 31 | 1 | 1 | Z38.0 | Producto único, nacido en hospital |
| 17509 | RETZ ZUÑIGA MARISOL RAYNA | 2 | 16 | 1 | OXAPAMPA | 190301 | 2014 1 | 4 | 2014 | 1 | 7 | 3 | 21 | 1 | 1 | O82.0 | Parto por cesárea electiva |
| 48721 | MEDRANO RETZ LUIS MIGUEL | 1 | 2 | 3 | OXAPAMPA | 190301 | 2014 1 | 4 | 2014 | 1 | 7 | 3 | 31 | 1 | 1 | Z38.0 | Producto único, nacido en hospital |
| 33758 | RIVERA SACRAMENTO ROXANA CIRA | 2 | 16 | 1 | HUANCABAMBA | 190303 | 2014 1 | 5 | 2014 | 1 | 6 | 1 | 41 | 1 | 1 | O80.0 | Parto único espontáneo, presentación cefálica de |
| 48722 | CONTRERAS RIVERA DAYLA INGRIT | 2 | 1 | 3 | HUANCABAMBA | 190303 | 2014 1 | 5 | 2014 | 1 | 6 | 1 | 31 | 1 | 1 | Z38.0 | Producto único, nacido en hospital |
| 47513 | MACUCACHI LIVIA ROSA LUZ | 2 | 19 | 1 | OXAPAMPA | 190301 | 2014 1 | 5 | 2014 | 1 | 6 | 1 | 41 | 1 | 1 | O80.0 | Parto único espontáneo, presentación cefálica de |

Recopilando datos estadísticos Red de Salud de Oxapampa

Periodo 01/01/14 al 31/12/14



GRACIAS